

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Pavlína Štěpánová

Vztahy zdravotníků a jejich pacientů

Relations of Medical Staff and Their Patients

Praha 2013

Vedoucí práce: Prof. JUDr. Igor Tomeš, CSc.

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi byli oporou při psaní této práce, tj. především jejímu vedoucímu panu Prof. JUDr. Igoru Tomešovi, CSc. a všem ostatním, kteří se mnou byli ochotni tuto problematiku diskutovat.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 7.4.2013

.....
Jméno autorky

Klíčová slova

Lékař. Pacient. Duševně chorý pacient. Práva pacientů. Úmluva o biomedicině. Světová zdravotnická organizace. Organizace spojených národů. Financování zdravotnictví. Privatizace nemocnic. Nadstandardní zdravotní péče. Sociální práce ve zdravotnictví.

Keywords

Doctor. Patient. Disordered Patient. Patient's Rights. Convention on Human Rights and Biomedicine. World Health Organization. United Nations Organization. Health Care Funding. Privatization of Hospitals. Above Standard Medical Care. Medical Social Work.

Abstrakt

Diplomová práce s názvem „Vztahy zdravotníků a jejich pacientů“ se ve své první části zabývá především právy pacientů, jejich genezí a legislativním zakotvením. Nezapomíná také na pacienty trpící duševními poruchami, jejichž patientská práva by taktéž neměla být při poskytování zdravotní péče opomíjena. Velkou část práce tvoří psychické, ekonomické, právní a organizačně systémové limity realizace práva. Jedná se především o vztah mezi lékařem a jeho pacientem, financování zdravotnictví, problematiku nadstandardní zdravotní péče a privatizaci nemocnic. Závěr práce je zaměřen na úsilí zdravotníků o sociální práci s pacienty a výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka. Práce je obohacena rozhovorem s vedoucí sociálních pracovníků pražské nemocnice na téma přínosu práva pacienta na sociálního pracovníka.

Abstract

This diploma thesis is called "Relations of Medical Staff and Their Patients." The first part of this diploma thesis deals with patients' rights, their genesis, and the legislative base. It also includes disordered patients, whose patient's rights should not be forgotten during their hospitalization. A large part of my thesis consists of psychological, economic, legal and organizational system limits of the realization of these rights. This means relationship between a doctor and his patient, the source of health care funding, above standard medical care and the privatization of hospitals. The final part of this thesis focuses on the interaction between health professionals in social work and the patients. This thesis is enriched by an interview with the leader of social workers of a hospital in Prague, discussing new patients' right: right on a social worker.

Obsah

Úvod	8
1 Práva pacientů	10
1.1 Geneze péče o pacienta	10
1.1.1 Prehistorická společnost (pravěk)	10
1.1.2 Starověké civilizace (3000 př.n.l. – 500 n.l.)	11
1.1.3 Středověk (500 – 1492)	13
1.1.4 Novověk (od r. 1492)	14
1.1.5 Moderní dějiny (od r. 1789)	15
1.2 Mezinárodní spolupráce v oblasti zdravotnictví a uznání práv pacientů	17
1.2.1 Organizace spojených národů (OSN) a uznání práva na zdraví	17
1.2.2 Mezinárodní organizace práce (ILO)	19
1.2.3 Světová zdravotnická organizace (WHO)	20
1.2.4 UNESCO	21
1.2.5 Světová lékařská asociace (WMA)	23
1.2.6 Rada Evropy	24
1.2.7 Evropský Unie (EU)	27
1.3 Vývoj práv pacientů v mezinárodním měřítku	29
1.3.1 Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě	31
1.4 Reflexe mezinárodní úpravy v českém právu	34
1.4.1 Etický kodex práv pacientů	34
1.4.2 Česká lékařská komora	35
1.4.3 Právní rámec ČR	37
2 Práva duševně chorých pacientů	41
2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí	42
2.2 Mezinárodní legislativní rámec pro ochranu práv duševně chorých pacientů ..	42
2.2.1 OSN	43
2.2.2 Rada Evropy	44
2.2.3 Světová zdravotnická organizace (WHO)	45
2.2.4 Evropská Unie (EU)	45
2.2.5 OECD	46
2.2.6 Další dokumenty v oblasti práv duševně chorých pacientů	46

2.3 Právní rámec ČR	48
2.4 Současná situace v péči o duševně choré pacienty v ČR	49
3 Psychické limity realizace práva: Vztahy mezi lékařem a pacientem	51
3.1 Od paternalismu k partnerství	52
3.2 Úloha zdravotní sestry	55
4 Ekonomické limity povinné solidarity	57
4.1 Financování zdravotnictví	59
5 Organizačně systémové limity: Privatizace nemocnic	64
5.1 Privatizace v 90. letech 20. století	65
5.2 Privatizace na počátku 21. století	67
5.3 Právní rámec	68
5.4 Přínos privatizace.	70
6 Právní limity: Nadstandardy ve zdravotnictví	73
6.1 Problematika nadstandardní zdravotní péče	74
6.2 Rozdíl postojů ČSSD a dnešní vlády k otázce rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní	75
6.3 Právní rámec nadstandardní zdravotní péče	78
7 Úsilí zdravotníků o sociální práci s pacientem	83
7.1 Činnost sociálních pracovníků v nemocnici	85
8 Práva pacientů: Přínos práva na sociálního pracovníka z pohledu sociální práce	88
Závěr	91
Seznam literatury	94
Příloha č. 1	102
Příloha č. 2	103
Příloha č. 3	107
Příloha č. 4	111
Příloha č. 5	113
Příloha č. 6	117

Úvod

Ochrana lidských práv patří v dnešní době k neodmyslitelné součásti každého demokratického státu. Ve světě funguje řada významných organizací, které se ochranou lidských práv zabývají. Mezi takové patří např. Organizace spojených národů, která definovala lidská práva jako „...*ta práva, která jsou neodmyslitelně spojená s naším životem a bez nichž bychom nemohli žít plnohodnotný život. Lidská práva patří všem lidem bez rozdílu, protože vychází z principu rovnosti...*“ (United Nations, 2012). Občanská práva a svobody jsou základní hodnoty, které musí být také důsledně chráněny legislativou. Občan má právo na nedotknutelnost osoby, právo na soukromí a právo svobodně rozhodovat o své osobě. Má také právo na život a právo na zdravotní péči (Štěpánová, 2009). Zde je potřeba rozlišit právo na zdraví jako základní lidské právo (míra povinné solidarity) a právo člověka na respekt jeho důstojnosti a ochrany jeho osobnosti ve zdravotnických procesech. Mezi základní lidská práva patří tedy také ta práva, která jsou uplatňována v oblasti zdravotnictví při poskytování zdravotní péče. Ty pak označujeme jako práva pacientů.

Pacientská práva jsou v dnešní době samozřejmostí, ale ne vždy tomu tak bylo. Práva pacientů se vyvíjela pomalu, společně s vývojem celé společnosti. Již od samého počátku historie lidstva se lidé snažili bojovat proti nejrůznějším nemocem a nemocného pacienta vyléčit. Na počátku vývoje společnosti však zatím nemůžeme hovořit o právech pacientů. Nemocní lidé byli rádi, když se jich, trpících pacientů, někdo ujal a jakkoli jim pomohl, protože kvalitní lékařská péče dlouhou dobu nebyla dostupná širokým vrstvám obyvatel. První otázkou pacienta byla tedy dostupnost léčby vůbec. Později, s rozvojem společnosti, se začala rozvíjet také lidská práva, včetně práv pacientských. Vznikaly mezinárodní organizace, které se zabývaly mimo jiné lidskými právy. Na jejich půdě byly přijímány nejrůznější kodexy, deklarace a úmluvy, které se zabývaly lidskými právy obecně či se specializovaly přímo na práva pacientů. Tyto práva se pak v řadě zemí dostala do jednotlivých zákonů. V České republice jsou práva pacientů poměrně obsáhle shrnuta v zákoně č. 372/2011 sb., o zdravotních službách. Do tohoto zákona se také nově dostalo právo pacienta na sociálního pracovníka, což je pro pacienta velkým přínosem. V souvislosti s pacientskými právy je potřeba mít na paměti také pacienty, kteří trpí nějakým duševním onemocněním. Jsou to osoby, které mají stejná práva jako my ostatní, v některých oblastech však musí být více chráněny.

Výkon práv pacientů má své limity. Mezi tyto limity patří psychické limity, a to konkrétně vztahy mezi lékaři a pacienty, ekonomické limity především v souvislosti s

problematikou financování zdravotnictví, právní limity v souvislosti s problematikou nadstandardní zdravotní péče a organizačně systémové limity především v souvislosti s privatizací nemocnic. To vše hraje důležitou úlohu v poskytování zdravotní péče. Zdravotní péče a její organizace jsou dnes politickým problémem s vysokou prioritou. Se zajištěním adekvátní péče se musí vyrovnávat nejen zdravotnické politiky jednotlivých států, ale problémy zdraví a zdravotnictví se staly problémem světové politiky. Koordinátorem hlavních činností v této oblasti se stala Světová zdravotnická organizace (WHO) (Vurm, 2007).

Zdravotnické systémy ve všech vyspělých státech musely začít měnit své paradigma. Je to dáno díky nejen intenzivním ekonomickým, ale i politickým a sociálníma tlakům, které zesílily zejména v posledním desetiletí. Mezi tyto významné faktory patří růst nákladů na zdravotnictví a snaha je určitým způsobem regulovat. Změnila se také tradičně chápaná role pacienta. Pacient již není pasivním článkem v systému poskytované léčebné péče. Převzal aktivní úlohu a jeho vztah se zdravotníky funguje na partnerském principu. Orientace na pacienty a uspokojování jejich potřeb je typickým rysem fungujícího zdravotnického systému. Předchozí tzv. reaktivní model zdravotnictví, jehož podstata spočívala v akutní péči (tzn. léčebné péči v běžném slova smyslu, poskytované již nemocným lidem), již neodpovídá dnešním potřebám. V péči o zdraví stojí dnes v popředí celá populace a její blaho, dobro, pohoda (wellness). Více a více se zdůrazňuje, že nejlépe investované prostředky na zdravotní péči jsou ty, které jsou zaměřeny na aktivity směřující k předcházení chorobám, či oddálení doby jejich výskytu (Tyl, Schneiberg, 1998). Zdraví je tedy jednou ze základních priorit jak samotného jedince a jeho rodiny, tak i celé společnosti.

Tato práce je především prací teoretickou. Cílem je zabývat se oblastí medicínského práva a shrnout veškerá práva, díky kterým vznikají pacientům v nemocnicích určité nároky. Mezi tyto pacienty patří také osoby s duševním onemocněním, na které by se nemělo zapomínat. Důležitou součástí práce jsou jednotlivé limity realizace patientských práv. Jsou to především psychické, ekonomické, právní a organizačně systémové limity, které hrají důležitou úlohu při realizaci patientských práv. V závěru práce se pak zabývám poměrně novým patientským právem, a to právem pacienta na sociálního pracovníka. Sociální práce je nepostradatelnou součástí našeho zdravotnictví, bohužel však stále velmi nedocenenou. Proto mě zajímal názor vedoucí sociálních pracovníků jedné pražské nemocnice na přínos tohoto práva pro pacienty i pro samotnou nemocnici. Zajímal mě také postoj sociálních pracovníků k ostatním patientským právům a s jakým porušováním právem pacienta se v nemocnici nejčastěji setkávají.

1 Práva pacientů

Lidé se již odedávna snaží bojovat proti nejružnějším zákeřným nemocem, které ohrožují jejich životy. Ať už v minulosti tito lidé hledali pomoc u šamanů, kněží, jeptišek či vystudovaných lékařů, vždy byli rádi, když se jich, trpících pacientů, někdo ujal a pokusil se je vyléčit. Ne vždy se těmito lidem dostalo pomoci, ne vždy jim byla lékařská péče dostupná. Lékařská péče se spolu s lékařskými poznatky a vývojem celé společnosti vyvíjela, stávala se dostupnější pro širší vrstvy obyvatel. O právech pacientů na samém počátku vývoje medicíny nemůžeme hovořit. Nemocní lidé byli zprvu rádi, když se jich někdo ujal a jakkoli jim pomohl. První otázkou pacienta byla tedy dostupnost léčby vůbec.

1.1 Geneze péče o pacienta

Napříč dlouhou historií lidského bytí jsme se měli možnost setkávat s nejružnějšími nemocemi, proti kterým se lidé snažili všemožnými způsoby bojovat. Aby zmírnilí svůj strach a aby pro ně svět byl méně děsivý, pokoušeli lidé objevit příčiny těchto nemocí. Snažili se najít odpovědi na to, proč některé jedince nemoc postihuje častěji než jiné. Častým vysvětlením bylo definovat nemoc jako zasloužený trest za špatné chování s tím, že si za svou nemoc může člověk sám (Weitz, 2010). Ať byly za příčiny nemocí považovány nejružnější okolnosti, lidé se vždy pokoušeli proti nemocem bojovat a nemocného pacienta uzdravit, ať už péče byla poskytována šamany, kněžími či vystudovanými lékaři.

1.1.1 Prehistorická společnost (pravěk)

Příběh medicíny začíná bojem o přežití a snahou o poznání světa. První pokusy o léčení nemocí se odehrály již v prvobytně pospolné společnosti. Tyto první pokusy člověka o léčení nemocí byly spíše založeny na prosté zkušenosti. I když z archeologických nálezů můžeme jen velmi přibližně odhadovat, jaké nemoci lidi tehdy sužovaly a hlavně jak se jim bránili, vypadá to, že zubní kaz či artróza trápily naše předky už před 40 tisíci lety. Pokusy o léčbu byly v té době pravděpodobně založeny na prosté zkušenosti. Člověk náhodou zjistil, že některé látky či procedury tiší bolest, hojí a pomáhají bojovat s nemocí (např. voda na ochlazování a vymývání ran, léčivé účinky rostlin a plodů apod.). Léčitelství v této době však

nebylo zvláštním zaměstnáním (Konečná, Slouková, Mardešić, 2012). Lidé se snažili přijít na to, jak se nemocem vyhnout a co je způsobuje. Vysvětlení nacházeli v existenci tajemných a nadpřirozených sil. Tito lidé věřili v duchy a démony a lidstvu tak po tisíciletí nezbývalo nic jiného, než praktikovat „preventivní medicínu“ usmiřováním bohů nejrůznějšími oběťmi a rituály (Duinová, Sutcliffová in Štěpánová, 2009). Na duchy a démony bylo potřeba specialistu, proto se léčitelstvím začali zabývat šamani a kouzelníci. Svými kouzly měli zahánět nadpřirozené síly způsobující nemoc (Konečná, Slouková, Mardešić, 2012).

1.1.2 Starověké civilizace (3000 př.n.l. až 476 n.l.)

Individuální zdravotní péče je známa již z dob starověkého Egypta (Tomeš, 2011). V době bronzové se staří Egyptané zabývali medicínou a vycházeli i nadále z magična. Lékaři byli zároveň kněžími a přes neobyčejnou technickou vyspělost (stavby pyramid), pokroky v matematice a astronomii neoddělovali v medicíně posvátné od sekulárního (Schreiber, 2000). Kolem r. 2750 př.n.l. v Egyptě, za vlády krále Džósera, prokazoval své velké stavitelské a lékařské schopnosti a znalosti **Imhotep**, který byl po své smrti prohlášen za boha lékařství. Byly budovány **Imhotepovy chrámy, kde se shromažďovali nemocní**, a kněží v nich přidávali ke svým náboženským rituálům zřejmě také racionální terapeutické postupy. Při těchto chrámech nebo také nezávisle na nich byly ve starověkém Egyptě budovány zvláštní akademie – „domy života“ – v nichž se vzdělávali budoucí lékaři. Lékařství starověkého Egypta mělo vysokou úroveň – měli vyspělou chirurgii, gynekologii a oční lékařství. Lékaři byli rozděleni do několika kategorií, přísně odlišených podle třídního původu a příslušnosti. **Vedle volně praktikujících lékařů se medicínou zabývali i kněží.** Dále existovalo mnoho lékařů, kteří působili při dvoru panovníka a fungovali také hůře postavení městští a osadní lékaři a státem špatně placení lékaři dělníků na velkých stavbách (Niklíček in Štěpánová, 2009).

Zajímavá byla také **Čína**, která již v době před naším letopočtem zavedla funkci úředních lékařů, jejichž prostřednictvím se stát snažil ovlivňovat zdravotnickou situaci v zemi. Ve starých čínských městech vládla vyspělá komunální hygiena a byly zde **zřizovány útulky pro nemocné**. Při dvorech čínských císařů působili dvorští lékaři, kteří měli právo vyučovat lékařství (Niklíček in Štěpánová, 2009). Okolo roku 400 př.n.l. byla již čínská medicína oddělena od náboženství i magie a stala se doménou profesionálů. Lékaři byli organizováni ve státem řízeném systému a hodnoceni podle svých zásluh. Nejnižší postavení měli chirurgové

(Číňané je nazývali „malou skupinou absolventů třetího stupně“). (Duinová, Sutcliffová, 1997).

Řekové vycházeli z léčitelství egyptského, babylonského a krétského. Nejvýznamnějším autorem lékařských pouček byl Homér, takže ho někteří považovali za lékaře. Zabýval se tzv. anatomii násilí, kdy popisoval válečná poranění a jejich léčbu. Mezi bohy v jeho spisech se objevuje smrtelník Aeskulap, který se stal řeckým bohem lékařství. V Aeskulapových klášterech se ovšem dále léčilo především zařikáváním, posíleným hudbou a parfémy. Ne všichni se však smířili se šarlatánstvím (Schreiber, 2000). První vědecké přístupy pocházejí od Thalety milétského, za nejvýznamnějšího lékaře a otce medicíny je ale považován lékař antického starověku **Hippokrates** (460 – 377 př.n.l.). Zřejmě největším přínosem Hippokratovy školy byl příkaz nepřipustit možnost zásahu božstev nebo jiných nadpřirozených sil v případech nemoci a jejich léčby (Erwin Ackernecht, švýcarský historik zabývající se dějinami lékařství, to nazval „Medicínskou deklarací nezávislosti“) (Niklíček, 1985). Léčitelská moudrost Hippokrata a jeho školy se zachovala v souboru spisů „Corpus Hippocraticum“, který významně ovlivnil evropskou medicínu ve středověku (Schreiber, 2000). Součástí tohoto spisu je jeho nejslavnější dílo - **Hippokratova přísaha**, která je nejstarším a nejznámějším etickým kodexem (Kutnohorská in Štěpánová, 2009).

Na Hippokrata pak navázal **Galén** (130 – 200 n.l.), v jehož práci vrcholí antická medicína. Jeho lékařské vědění bylo založeno na anatomické pitvě, fyziologickém experimentu a klinickém pozorování nemocných. Usiloval o vypracování metodologie medicíny postavené na vědeckém základě. Jemu také vdčíme za to, že moderní medicína začala uznávat význam anatomické přesnosti jako základ pochopení podstaty nemoci. Galénovy spisy byly základem medicínského vědění až do 17. století a staly se po vzniku univerzit hlavními učebnicemi na lékařských fakultách (Konečná, Slouková, Mardešić, 2012).

Vývoj starověké medicíny byl završen v lékařství antického **Říma**, kde medicína navázala na řeckou tradici. Římané **budovali nemocnice**, nejprve jako zařízení pro nemocné otroky, kam byli práce neschopní otroci posíláni, aby dokonali, postupně sem však přicházeli i svobodní obyvatelé Říma s touhou se uzdravit (Schreiber, 2000). Později tyto nemocnice sloužily také pro nemocné a raněné vojáky. Koncem císařství pak vznikaly první křesťanské nemocnice a různá charitativní zařízení pro chudé a nemocné (Niklíček in Štěpánová, 2009).

1.1.3 Středověk (476-1492)

Pro vývoj lékařství ve středověku se svým způsobem stal **rozhodující postoj křesťanství k otázce zdraví a nemoci**. Na jedné straně věřící považovali nemoc jako určité „výchovné“ boží navštívení (nemoc – odpykávání boží milosti), na druhé straně však křesťanství považovalo pomoc člověku, který je nemocný, za **milosrdenství** (Niklíček in Štěpánová, 2009). Klášterní medicína měla svůj nejvýraznější počátek v r. 529 v benediktském klášteře na Monte Cassinu v italské Kampánii. Péče o nemocné zde byla postavena na úrovni službě Kristu a vlastní léčitelsví vycházelo z medicíny řecké a římské (Schreiber, 2000). Každý klášter měl svou knihovnu, izolované prostory pro nemocné a zahradu s léčivými bylinami. Kolem roku 620 biskup Isidor ze Sevilly ve svém díle formuloval mnoho dodnes platných zásad: podle něho k základní triádě úspěšného lékaře patří dieta (tj. životospráva), pharmacia (nauka o léčivech) a chirurgia (instrumentální operační zákrok). Za dva základní směry Isidor pokládal profylaxii a terapii, které medicínu dělí na vnitřní lékařství a chirurgii. Každý lékař by měl pak plnit tři hlavní úkoly: rozeznat původ nemoci (anamnéza), poznat současný stav (diagnóza) a předpovědět budoucí vývoj (prognóza) (Konečná, Slouková, Mardešić, 2012). Do Čech se dostala klášterní medicína kolem r. 970. Vznikl zde ženský klášter u Baziliky sv. Jiří na Pražském hradě a mužský klášter v Břevnově (993) a v Ostrově (999) (Schreiber, 2000). Dnešní moderní nemocnice mají prazáklad ve středověkých špitálech a lazaretech, které byli zřizovány a spravovány městskými obcemi nebo církevními řády. Špitály byly zřizovány jako azylová zařízení pro nemocné a pocestné, později i pro chudé občany města. Lazarety byly původně určeny pro ošetřování nakažlivě nemocných. O nemocné v těchto zařízeních pečovaly především příslušnice různých církevních řádů (Kala, Kubínek, 2000). Zde ale většinou nemocným nebyla zajištěna lékařská péče. Výjimku zde představovaly arabské nemocnice v evropských městech, především ve Španělsku, a byzantské nemocnice v některých městech východní Evropy, v nichž byla nemocným vždy poskytována pomoc lékaře (Niklíček in Štěpánová, 2009). Až v 18. a 19. století se původní azylová funkce těchto zařízení mění na zařízení léčebná, pro léčení těžce nemocných a nemajetných občanů (Kala, Kubínek, 2000).

Ve 13. a 14. století se centrem evropské nejen lékařské vzdělanosti staly univerzity. Měly 4 fakulty, mezi nimi i lékařskou. Jednalo se ale většinou o vzdělání knižní, dogmatické, bez přímé zkušenosti (Niklíček in Štěpánová, 2009). První univerzitou ve střední Evropě byla Univerzita Karlova (1348), jejíž lékařská fakulta byla založena v témže roce (Schreiber, 2000).

Největším problémem této doby se staly epidemie moru. V rozrůstajících se evropských městech žili lidé v úzkých a špinavých čtvrtích společně s krysami, blechami a vši. Díky tomu, že se obyvatelé těchto měst zbavovali svých výkalů a jiných odpadů vyléváním a vyhazováním z oken, začala se objevovat další onemocnění, jako břišní tyfus, cholera atd. (Weitz, 2010). To vše byly ideální podmínky pro masové šíření těchto infekčních chorob, v té době nejčastěji mor a neštovice. Tyto epidemie ve středověku byly patrně největším lidomoreem v dějinách lidstva. Celkový počet obětí byl asi 60 milionů (Schreiber, 2000). Tímto se ukázala absolutní neschopnost lékařů a lazebníků, jakkoli dávali najevo svou vzdělanost (Duinová, Sutcliffová, 1997). Vědomí nakažlivosti moru vedlo i k opatřením hygienickým. První karanténa pro připlouvající lodě byla zavedena v Dubrovniku v roce 1377. V zemích Koruny české epidemie z roku 1348 postihla hlavně Moravu, další vlna v roce 1380 vylidnila některé oblasti Čech, v roce 1483 byla postižena hlavně Praha. Poslední morová epidemie byla v Čechách už v novověku (1713-1714), kdy jen v Praze zemřelo 13 000 lidí. Mor tedy přešel do novověku a dodnes číhá v Asii a v Africe (Schreiber, 2000).

1.1.4 Novověk (od r. 1492)

V 16. století převažovalo převážně **veřejné zdravotnictví**. Ve veřejném zdravotnictví středověké Evropy převládalo, vedle několika výjimečně státních nařízení a opatření, **městské zdravotnictví**, především v italských městských republikách. Byly přijímány zdravotní řády, rozpracovávaly se zásady protiepidemického boje založené především na metodě karantény, došlo ke kvantitativnímu rozšíření předpisů z oblasti komunální hygieny (nařízení o trhu potravin, jatkách, pitné vodě, žumpách apod.). Byl rozšířen dozor nad dodržováním uvedených předpisů, který se stal součástí náplně práce v 16. století stále hojněji ustavovaných městských lékařů, případně protomediků, působících u evropských panovnických dvorů. Rostl počet lékáren, špitálů, případně dozoru nad nimi (ve vyspělých evropských zemích byla už v 16. století budována zdravotnická zařízení dnešního typu, jejichž účelem byla kvalifikovaná péče o nemocné). Tahle opatření jsou důsledkem **moru**, který byl ze svých přirozených ohnisek (Blízký východ, Dálný východ, Afrika) do Evropy zavlékán (od 15. století) válkami (především s Turky) a obchodem (krysy). Největším zdravotnickým problémem avšak nadále zůstávaly rozsáhlé epidemie – syfilis, anglický pot (hořečnaté onemocnění), mor, úplavice, malárie a neštovice. Epidemie byly stálou hrozbou, které vyplývaly jak z nedostatku hygieny, tak především z častých a dlouhotrvajících válek.

Chorobami hromadného výskytu se stávaly také alkoholismus a psychopatie, pronásledovány a léčeny čarodějnickými procesy. V té době (15. - 17. století) docházelo k velmi vysoké úmrtnosti, která ovšem byla nahrazena vysokou porodností (Niklíček in Štěpánová, 2009).

Významnou osobností této doby byl **Leonardo da Vinci** (1452 – 1519), který velkou část svého života věnoval studiu anatomie. Nezabýval se pouze lidskou anatomii, v jeho náčrtcích můžeme najít i nejrůznější zvířata, např. koně. Da Vinci (zvláště v letech 1510 - 1511) uskutečnil za pomoci anatoma Torre asi třicet pitev lidského těla. Vytvořil více než 200 kreseb, které se měly stát součástí plánovaného (a nedokončeného) díla o anatomii lidského těla. Kresby se vědecké veřejnosti staly známými až v 17. st. (Niklíček in Štěpánová, 2009).

1.1.5 Moderní dějiny (od r. 1789)¹

V **19. století** došlo k velkému vědeckému rozvoji medicíny. V podstatě celé moderní veřejné zdravotnictví dnešní doby by neexistovalo bez výzkumů a objevů 19. století (Bullough in Štěpánová, 2009). Podstatný obrat přinesl vznik a rychlý rozvoj vědecké mikrobiologie. To lékařům umožnilo lépe porozumět podstatě a tím i přenosu infekčních chorob, což vedlo k jejich částečnému omezení. Tudíž se mohli začít věnovat i **individuální péči**. Zavedení narkózy podstatně zvýšilo počet chirurgických zákroků. Zdravotnictví už nebylo jen veřejné, ale lékaři se začali **věnovat i individuálním pacientům a jejich individuálním problémům**. Výraznou změnu do systému zdravotní péče o obyvatelstvo přineslo rakouské sociální zákonodárství, konkrétně přijetí **zákona o povinném úrazovém pojištění z roku 1887 a o povinném nemocenském pojištění dělnictva z roku 1888**. Významná byla také snaha nemocenských pokladen – *KrankenKassen* – snížit náklady na dávky poskytováním zdravotní péče smluvním (pojišťovacím) lékařem. To lze považovat za první kroky k dnešnímu zdravotnímu pojištění. Na přelomu 19. a 20. st., díky mnoha objevům, medicína přestala být bezmocná vůči celé řadě nemocí. Bohužel tento rozvoj přinesl jiné problémy – např. sociální, protože i přes zavedení dělnického nemocenského a úrazového pojištění v některých zemích (Německo, Rakousko-Uhersko, Anglie aj.) a přes činnost buržoazních filantropických organizací nebyly výsledky pozoruhodného pokroku lékařské vědy dostupné pro velkou většinu pracujících lidí (Niklíček in Štěpánová, 2009). Koncem 19. st. se medicína v Evropě a Americe začínala soustřeďovat na nové problémy. Prvořadým

¹ Někteří autoři považují rok 1789 a vypuknutí Velké francouzské revoluce za počátek moderních dějin. Jiní autoři datují moderní dějiny až od 1.světové války. Zde se držím prvního datování, tj. od r. 1789.

zájmem již nebyl výzkum infekčních nemocí, které kdysi zachvacovaly celé kontinenty. Vědce místo toho více zaměstnávaly chronické degenerativní poruchy (Duinová, Sutcliffová, 1997).

Vývoj lékařství ve **20. století** je charakterizován převratnými objevy ve všech základních oborech biomedicínických věd, výrazným pokrokem v prevenci, diagnostice a terapii nemocí i **růstem dostupnosti kvalifikované lékařské péče** pro obyvatelstvo stále většího počtu zemí. Výrazně stouply terapeutické možnosti zavedením nových léčiv (např. chemoterapie, antibiotika, hormonální léčba atd.) (Niklíček in Štěpánová, 2009). Jakkoli byly cesty k objevům rozmanité, pokrok sám byl udáván a urychlován obecnými idejemi a událostmi, z nichž nejdůležitější byla bezesporu válka. Ta měly velký význam např. pro objevení síly adrenalinu (vojenská výzvědná služba zachytila zprávy o tom, že piloti Luftwaffe dostávají injekce adrenalinu, aby mohli létat ve výšce přes 12 km), kortizonu, penicilinu a dalších účinných látek. Válka měla také význam pro rozvoj operací srdce. Americký chirurg Dwight Harken operoval vojáky raněné v den D při invazi v Normandii a ukázal, že lze ze srdce vyjmout kulky a úlomky šrapnelů, aniž by voják musel zemřít. To povzbudilo k dalším srdečním operacím. Ohromné státní investice do vědy byly považovány za investice do budoucí prosperity a to se vztahovalo i na zdravotnictví. Proto vznikly velké organizace, jako např. Národní ústav zdraví a Národní onkologický ústav, dotované miliardami dolarů (Le Fanu, 2001)

Péče začala být víc a víc zaměřena na pacienta. U nás k lepší péči o pacienty určitě přispěl také vznik Ministerstva zdravotnictví v roce 1969 (dříve Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, které vzniklo v roce 1918), zdokonalení povinného nemocenského pojištění, snad nejvýznamnější součástí pojištění sociálního, vydávání různých deklarací a paktů (např. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě apod.) a také **zřízení lékařské komory**. Podařilo se likvidovat nebezpečí některých infekčních chorob (např. cholera, neštovice, mor), ale objevily se zase nové civilizační choroby, na které lidé umírají – např. onemocnění srdce a krevního oběhu, zhoubných nádorů, neuropsychických onemocnění a úrazů (Niklíček in Štěpánová, 2009).

1.2 Mezinárodní spolupráce v oblasti zdravotnictví a uznání práv pacientů

Mezinárodní spolupráce, především v oblasti zdravotnictví, má dlouhou historickou tradici. Stýkání lékařů nejrůznějších národností, kultur a civilizací byly jednou z hybných sil pokroku v poznávání zdraví a nemoci člověka už ve starověku. Důležitou roli v ní hrály lékařské fakulty univerzit (především italských). Od 17. století byly v řadě zemí zakládány speciální společnosti, které se staly základním kamenem pro kontakty mezi vědci a lékaři z nejrůznějších zemí. Základy dnešní podoby mezinárodní spolupráce v oblasti zdravotnictví byly vytvořeny v průběhu 19. století (Vurm, 2007).

V této kapitole je potřeba rozlišit právo na zdraví a zdravotní péči jako základní lidské právo a právo člověka na respekt jeho důstojnosti a ochrany jeho osobnosti ve zdravotnických procesech.

1.2.1 Organizace spojených národů (OSN)

Důležitou událostí pro mezinárodní spolupráci v oblasti lidských práv se stal vznik Organizace spojených národů (dále jen OSN) 24. října 1945. OSN (někdy zkráceně nazývána Spojené národy) je mezinárodní organizace, která vznikla po druhé světové válce jako záruka míru, bezpečnosti a rozvoje ve světě. Mezi nejdůležitější úspěchy Organizace spojených národů patří mimo jiné vytvoření uceleného souboru právních norem na ochranu lidských práv. OSN definovala širokou škálu mezinárodně přijímaných práv, včetně práv ekonomických, sociálních a kulturních, občanských a politických, a zároveň vytvořila mechanismy zajišťující ochranu těchto práv a podporující vlády při jejich naplňování (online, OSN, 12.11.2012). OSN již v roce 1948 vydala **Všeobecnou deklaraci lidských práv**, která v **článku 25** říká, že: „Každý má právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho **zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny, počítajíc v to zejména výživu, šatstvo, byt a lékařskou péči, jakož i nezbytná sociální opatření; má právo na zabezpečení v nezaměstnanosti, v nemoci,...“ (Všeobecná deklarace lidských práv, 1948). Všeobecná deklarace je dokument, který uchovává představu o lidské důstojnosti v mezinárodním právu, a který poskytuje morální zakotvení pro zlepšování standardů zdravotní péče, a to na základě naší vlastní zodpovědnosti vzhledem ke komukoli jako členu „lidské rodiny“ (online, World Health Organisation in Štěpánová, 2009). Je sice jen politickým dokumentem, tzn. právně nezávazným, je však prvním mezinárodním dokumentem uznávajícím nezadatelná lidská**

práva a je považován za základní mezinárodní rámec pro veškerou veřejnoprávní politiku včetně politiky sociální (Tomeš, 2010).

Po přijetí Všeobecné deklarace začala OSN pracovat na závazné mezinárodní smlouvě, která by státům ukládala povinnost dodržovat a chránit lidská práva. V roce 1966 tak vznikly dva pakty²: (1) o občanských a politických právech, (2) o hospodářských, sociálních a kulturních právech. **Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech** v **článku 12** uznává „...*právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví*“ (odst. 1) a nabádá státy přijmout „...*opatření ke snížení počtu potratů a kojenecké úmrtnosti a ke zdravému vývoji dítěte*“, zlepšit „*všechny stránky vnějších životních podmínek a průmyslové hygieny*“, zajistit „*prevenci, léčení a kontrolu epidemických, místních nemocí, chorob z povolání a jiných nemocí*“ a vytvořit „...*podmínky, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci*“ (odst. 2). (Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, New York, 1966). Oba pakty jsou právně velmi významné, protože jsou závazné a vymahatelné mezinárodněprávními sankcemi.

V roce 1989 vydala OSN **Úmluvu o právech dítěte**, která v **článku 24** uznává „... *právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání rehabilitačních a léčebných zařízení*...“ Žádné dítě ti by tohoto práva nemělo být zbaveno (odst. 1). Všechny smluvní státy by také měli usilovat o: „*snížování kojenecké a dětské úmrtnosti, zajištění nezbytné lékařské pomoci a zdravotní péče pro všechny děti ..., potírání nemocí a podvýživy..., poskytnutí odpovídající péče matkám před i po porodu, ... rozvoj osvěty a služeb preventivní zdravotní péče, ...*“ (odst. 2) a především by měli usilovat o: „*odstranění všech tradičních praktik škodících zdraví dětí*“ (odst. 3). (Úmluva o právech dítěte, 1989). Tato úmluva je velmi významná, protože tvoří důležitý mezinárodní rámec pro sociálně-právní ochranu dětí.

V roce 2006 byla v New Yorku na půdě OSN přijata **Úmluva o právech osob se zdravotním znevýhodněním** (online, United Nations, 12.11.2012). Tato úmluva v **článku 15** uznává: „... *právo zdravotně postižených lidí na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání rehabilitačních a léčebných zařízení*“. Podle článku 15 této Úmluvy by jim měla být poskytována „... *péče ve stejném rozsahu, kvalitě a finanční náročnosti jako ostatním lidem*...“. Díky jejich postižení by jim měla být „... *poskytována speciální zdravotní péče, zahrnující včasnou diagnózu a vhodnou léčbu* ...“. Zdravotnická střediska by měla být blízko místa, kde žijí. Článek 15 dále říká, že by jim měl být poskytnut

² Původním záměrem bylo vytvoření jednoho paktu, ale pod vlivem zejména SSSR a jeho spojenců byly vypracovány pakty dva (Tomeš, 2010).

„... zdravotní profesionál, který jim poskytne péči **ve stejné kvalitě**, jako mají ostatní lidé ...“ a mělo by se „... **zabránit diskriminaci** těchto lidí v oblasti zdravotního a životního pojištění ... jako také v oblasti poskytování zdravotní péče, jídla a tekutin“ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 2006). Tento také důležitý dokument chrání osoby se zdravotním postižením před všemi druhy diskriminace, zdůrazňuje, že osoby se zdravotním znevýhodnění potřebují v některých oblastech zvýšenou ochranu a zavazuje smluvní strany nejenom k přijetí zákonů a nařízení dodržující tento princip, ale také k zajištění toho, aby v praktickém životě docházelo k lepší integraci zdravotně postižených lidí do společnosti.

1.2.2 Mezinárodní organizace práce (ILO)

Mezinárodní organizace práce (International Labour Organisation) je specializovanou organizací, jejímž hlavním cílem je prosazování sociální spravedlnosti a mezinárodně uznávaných lidských a pracovních práv. Byla založena roku 1919 a roku 1946 se stala první specializovanou agenturou OSN (online, United Nations, 1.1.2013)

Mezinárodní organizace práce přijala několik úmluv k otázkám zdravotní péče. Jednou z nejdůležitějších je **Úmluva o zdravotní péči a nemocenských dávkách**³ z roku 1969, kterou ČR ratifikovala. Dle této úmluvy se stát **zavazuje poskytnout léčebnou zdravotní péči po celou dobu nemoci a případně preventivní péči**. Stát má zajistit takovou péči, která vede k zachování, obnově nebo zlepšení zdraví osob a jejich schopnost pracovat a pečovat o své osobní potřeby. Finanční spoluúčast se připouští jen v případě, že míra finanční participace sociálně a ekonomicky neohrozí nemocného nebo nesníží efektivitu zdravotní péče (Tomeš, 2011).

³ Tato úmluva je pouze poslední z řad úmluv, které mezinárodní organizace práce přijala. Otázku zdraví začala prvně řešit ve spojitosti s omezováním olova a síry ve výrobcích spotřebních předmětů. Mezi předchůdce této úmluvy, které ČR ratifikovala patří: Úmluva č. 13, o bělobě olovnaté (1921), Úmluva č. 27, o označování váhy (břemena dopravovaná loďmi) (1929), Úmluva č. 77, o lékařských prohlídkách mladistvých (průmysl) (1946), Úmluva č. 78, o lékařských prohlídkách mladistvých (neprůmyslová zaměstnání), Úmluva č. 115, o ochraně proti záření (1960), Úmluva č. 120, o hygieně (obchod a kanceláře) (1964), Úmluva č. 124, o lékařských prohlídkách mladistvých (práce v podzemí) (1965), Úmluva č. 136, o benzenu (1971), Úmluva č. 139, o rakovině z povolání (1974), Úmluva č. 148, o pracovním prostředí (znečištění ovzduší, hluk a vibrace) (1977), Úmluva č. 155, o bezpečnosti práce a ochraně zdraví (1981), Úmluva č. 161, o službách pracovního lékařství (závodní zdravotní služby) (1985), Úmluva č. 167, o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci ve stavebnictví (1988) a Úmluva č. 176, o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci v dolech (1995) (online, MPSV, 6.3.2013).

1.2.3 Světová zdravotnická organizace (WHO)

V roce 1948 OSN vytvořila pro zdravotnické účely specializovanou agenturu Světovou zdravotnickou organizaci (dále jen WHO). Mezinárodní spolupráce ve veřejném zdravotnictví začala již téměř sto let před vznikem Světové zdravotnické organizace. Reprezentovaly ji **Mezinárodní zdravotnické konference**, na nichž zástupci zúčastněných zemí projednávali zejména různé mezinárodní zdravotnické konvence. První mezinárodní zdravotnická konference se konala v Paříži již v roce 1851. V roce 1907 vznikl **Mezinárodní zdravotnický úřad** (OIHP – Office International d'Hygiene Publique), který sídlil v Paříži. Jeho hlavním úkolem bylo zabezpečovat pro členské země informace všeobecného zdravotnického zájmu, informace o přenosných nemocech s návrhy na opatření k jejich likvidaci. V r. 1922 vznikla **zdravotnická sekce Společnosti národů**, která měla převzít funkce OIHP, ke sloučení avšak nedošlo, a tak vedle sebe existovaly dvě mezinárodní zdravotnické instituce. 2. světová válka prakticky zničila veškerou spolupráci ve světě. Až touha národů budovat nový život s pevnou základnou a důvěrou, že výsledky vědy budou sloužit mírovým účelům, přivedly delegáty konference OSN o mezinárodních organizacích (San Francisco, 1945) k rozhodnutí o zřízení WHO. V roce 1946 proběhla v New Yorku mezinárodní konference, jejímž hlavním bodem programu bylo schválení statutu WHO a založení WHO. Statut formuloval novou definici zdraví: ***“Zdraví je stav úplné pohody tělesné, duševní a sociální a ne jen pouhá nepřítomnost nemoci či vady.”*** Těšit se nejvyššímu možnému stupni **zdraví je jedním ze základních práv každého člověka** bez rozdílu rasy, náboženství, politického přesvědčení, ekonomického nebo sociálního postavení. Cílem WHO je, aby všechny národy dosáhly co největší zdravotní úrovně (Kavka, 1989). Statut byl schválen zástupci 61 zemí. Vstoupil v platnost ratifikací 26 členskými státy OSN dne **7. dubna 1948 – světový den zdraví**. Od svého vzniku v roce 1948 podporuje Světová zdravotnická organizace mezinárodní spolupráci v oblasti zdravotnictví, realizuje programy na potírání a úplné odstranění některých nemocí a usiluje o celkové zlepšení kvality lidského života (online, Světová zdravotnická organizace in Štěpánová, 2009).

WHO vytvořila několik strategických cílů, kterých chce dosáhnout. K těmto cílům patří: ***„Rozvoj spravedlivějších a efektivnějších zdravotnických systémů, které budou odpovídat legitimním potřebám lidí a budou pro ně finančně únosné“***, také ***„rozvoj odpovídajících zdravotnických strategií a institucionálního zázemí a začleňování zdravotnických aspektů do sociálních, ekonomických, ekologických a rozvojových strategií“***. Dále se snaží o ***„omezování úmrtnosti, nemocnosti a postižení zejména u chudých a sociálně slabých skupin populace“***

(boj proti HIV/AIDS, malárii a tuberkulóze). To vše je obsahem **střednědobého strategického plánu pro rok 2008 – 2013**. Boj je také zaměřen proti SARS a ptačí chřipce (vydán globální pandemický plán). WHO taktéž ve svých strategických cílech podporuje zdravou životosprávu (online, Světová zdravotnická organizace in Štěpánová, 2009).

Světová zdravotnická organizace přijala v roce 2005 **Chartu práv pacientů**. S myšlenkou přišla již v roce 1994, kdy přijala **Deklaraci o prosazování práv pacientů v Evropě**, na kterou pak navazuje Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny (**Úmluva o biomedicíně**) z roku 1997. Tyto dokumenty zajišťují mimo jiné např. **právo na ochranu zdraví, prevenci, péči a následné dosažení co nejvyšší úrovně lidského zdraví, volbu lékaře, právo na informovaný souhlas, právo na respekt vůči svému soukromí** apod. (Tomeš, 2011).

1.2.4 UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization)

Organizace spojených národů pro výchovu, vědu a kulturu (dále jen UNESCO) je mezinárodní vládní organizace OSN, založena v roce 1945 v Londýně. Posláním této organizace je přispívat k vzájemnému porozumění a sbližování mezi národy na základě mezinárodního rozvíjení výchovné, vzdělávací, vědecké a ostatní kulturní činnosti (online, UNESCO, 1.1.2013).

UNESCO na své půdě přijalo 3 deklarace, které se zabývají lidskými právy a zmiňují **některá patientská práva**. První z nich je **Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights** (Všeobecná deklarace o lidském genomu a lidských právech), která byla jednomyslně přijata Generální konferencí UNESCO na jejím 29. zasedání 11. listopadu 1997 a je **prvním všeobecně platným dokumentem v oboru biologie**. Tento dokument se především zabývá řešením etických otázek v rámci vědy a výzkumu. Snaží se chránit lidská práva a základní svobody a zároveň zohledňuje potřebu zabezpečit svobodu vědeckého výzkumu. V úvodu mimo jiné zdůrazňuje demokratické zásady, jako je důstojnost, rovnost a vzájemné respektování lidí. Připomíná také, že: „*Výzkum lidského genomu a z něj vyplývající aplikace otevírají široké možnosti pokroku při zlepšování zdraví jednotlivců i lidstva jako celku, avšak zdůrazňuje, že takový výzkum musí plně respektovat lidskou důstojnost, svobodu a lidská práva a rovněž zákaz všech forem diskriminace, založené na genetických vlastnostech*“. **Článek 5** tohoto dokumentu se zabývá právy zúčastněných osob a zdůrazňuje informovaný souhlas: „...*(b) Ve všech případech se musí získat předem svobodný a*

informovaný souhlas zúčastněné osoby. Pokud tato osoba není schopná svůj souhlas vyjádřit, musí se souhlas nebo oprávnění získat způsobem, který předepisuje zákon, s přihlédnutím na nejlepší zájmy takové osoby“ (Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights, 1997).

Druhým dokumentem je **International Declaration on Human Genetic Data** (Mezinárodní deklarace o lidských genetických datech), který byl přijat Generální konferencí UNESCO na jejím 32. zasedání v říjnu 2003. Tento dokument je rozšířením předchozí deklarace. Obsahuje podrobnější a obsáhlé výzvy a zásady, zaměřené k jejich praktickému dodržování ve výzkumu i v klinické praxi. Je zde velký prostor věnován informovanému souhlasu a etickým komisím (Munzarová, 2005).

Třetím dokumentem je **Universal Declaration on Bioethics and Human Rights** (Všeobecná deklarace o bioetice a lidských právech), který byl jednomyslně přijat na 33. zasedání Generální konference UNESCO 19. října 2005. Tato deklarace se týká etických záležitostí v oblasti medicíny, biologie a souvisejících technologií aplikovaných na člověka, včetně jejich aspektů sociálních, právních a dopadů na životní prostředí. V úvodu tato deklarace se mimo jiné zdůrazňuje, že: *„Zdraví nezávisí na rozvoji vědeckého a technologického výzkumu, ale také na psychosociálních a kulturních faktorech“*. Zdůrazňuje také, že *„všechny lidské bytosti – bez rozdílu – mají mít přínos ze stejně vysokých etických standardů v medicíně a biologickém výzkumu“*. Článek 4 se zabývá přínosem vědy a říká, že *„při aplikování a prohlubování vědeckých znalostí, lékařské praxe a souvisejících technologiích mají být maximalizovány přímé i nepřímé přínosy pro pacienty, ...“* V článku 5 se pak zdůrazňuje **autonomie jednotlivce** rozhodovat se, mít odpovědnost za svá rozhodnutí a respektovat autonomii ostatních. Velmi důležitý z hlediska patientských práv je **článek 6**, který se zabývá **informovaným souhlasem**. V odstavci 1 se říká, že: *„Jakýkoli preventivní, diagnostický či terapeutický lékařský zásah je možné vykonat pouze s předchozím, svobodným a informovaným souhlasem dotčené osoby, které byly poskytnuty adekvátní informace. Souhlas má být, pokud je to možné, vyjádřený, a může být kdykoli a z jakýchkoli důvodů dotčenou osobou odvolán...“* Článek 7 se pak zabývá zvláštní ochranou osob, které nemohou udělit souhlas. Velmi důležitý je také **článek 14**, který zmiňuje, že: *„Podpora zdraví a sociálního rozvoje občanů je hlavním cílem vlád...“* (odst. 1) a *„vzhledem k tomu, že užívat nejvyšší možné úrovně zdraví je jedním ze základních práv všech lidských bytostí bez ohledu na rasu, náboženství, politické přesvědčení, ... , má pokrok ve vědě podporovat přístup ke kvalitní zdravotní péči a základní medicíně, zejména pro zdraví žen a dětí, protože zdraví je nezbytné pro život samotný a musí být chápáno jako sociální a lidské dobro“*

...“(odst. 2) (Universal Declaration of Bioethics and Human Rights, 2005). Díky tomuto dokumentu se dostalo obecným bioetickým normám mezinárodního právního uznání, podobně jako v případě Všeobecné deklarace lidských práv. I když jsou všechny tyto deklarace právně nezávazné, jsou velmi důležité. Jsou jedny z hlavních mezinárodních deklarací vypracovaných a přijatých v oblasti bioetiky a uznaných většinou států světa.

Ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) se UNICEF také zaměřuje na primární zdravotní péči, na její realizaci a zkvalitňování, počítaje v to mateřskou péči, preventivní a kurativní péči o dítě a podporu rozvíjení vztahů a úzkého kontaktu s nemocnicemi, především s dětskými odděleními a porodnicemi. Významná je také účast UNICEF na Rozšířeném imunizačním programu (EPI). Prostřednictvím tohoto programu UNICEF usiluje o to, aby všechny děti do prvního roku svého života byly imunizovány proti šesti závažným onemocněním, a to černému kašli, poliomyelitidy, spalničkám, tetanu, tuberkulóze a záškrtu. Zajišťuje také realizaci Úmluvy o právech dítěte (Vurm, 2007).

1.2.5 Světová lékařská asociace (World Medical Association, WMA)

Vznik Světové lékařské asociace (dále jen WMA) v roce 1947 byl jedním z důležitých momentů pro rozvoj práv pacientů. I když nejde o vládní organizaci, její význam je nemalý. Tato asociace sdružuje lékaře z celého světa a jejím posláním a cílem je řídit vědeckou, etickou a profesní činnost ve shodě s lidskými právy. Za dlouhá léta své existence vydala mnoho, později většinou opakovaně upravovaných, dokumentů. Za zmínku určitě stojí **Ženevská deklarace** (1948), která představuje určitou modernizaci Hippokratovy přísahy. Dále vydala principy pro ty, kteří se podílejí na výzkumu a experimentování (1954), **Lisabonskou deklaraci o právech pacientů** (1981), Deklaraci o nezávislosti a o profesní svobodě lékařů (1986) a Deklaraci týkající se etických problémů v kontextu psychiatrických pacientů (1995). Asi nejznámější deklarací WMA je **Helsinská deklarace**, která je často citována a důrazně připomínána nejen v různých dokumentech jiných mezinárodních organizací, ale také v etických kodexech lékařů (včetně Etického kodexu České lékařské komory). Tato deklarace se zabývá etickými principy, jimiž se mají řídit lékaři a jiné osoby při medicínském výzkumu prováděném na člověku (Munzarová in Štěpánová, 2009).

Za zmínku stojí určitě také **Lisabonská deklarace o právech pacientů**, která byla přijata na 34. světovém shromáždění WMA v roce 1981 v Lisabonu. Původní verze této deklarace pojednávala o právech pacientů obecněji (v podstatě rozšiřovala povinnosti lékaře o vnímání

nového aspektu ve vztahu k nemocným). V té době výstižně vyjadřovala základní patientská práva (např. právo přijmout či odmítnout léčbu, právo na mlčenlivost apod.). V roce 1995 WMA schválila v Bali (Indonésie) mnohem rozšířenější a revidovanou verzi tohoto dokumentu. Redakčně přepracována byla v roce 2005 v Santiagu (Chile). Tato deklarace popisuje některá základní práva, o jejichž poskytnutí nemocným se lékařská profese snaží. Pokud by zásahy legislativy anebo státu popíraly tato práva pacientů, pak by se lékaři měli snažit patřičnými způsoby o jejich zajištění anebo znovuoobnovení (Kutnohorská in Štěpánová, 2009). Mezi ty nejdůležitější práva patří⁴: „*Právo pacienta na **dobrou kvalitu zdravotní péče** (každému má být poskytnuta zdravotní péče – **bez diskriminace**), právo pacienta na **svobodnou volbu** (pacient má právo si svobodně zvolit nebo změnit svého lékaře, nemocnici nebo zdravotnické středisko a má právo se zeptat se na názor jiného lékaře), právo pacienta **na sebeurčení** (pacient má právo sám o sobě rozhodovat, má také právo přijmout nebo odmítnout léčbu poté, co byl adekvátním způsobem informován), právo pacienta **na informace** (pacient má právo znát informace o jeho zdravotním stavu, tyto informace by měly být ve srozumitelném jazyce), právo **na mlčenlivost** (pacient má právo, aby všechny informace o jeho zdravotním stavu, diagnóze, prognóze a léčbě a všech jiných informací o jeho osobě byly drženy v důvěrnosti a byly chráněny, dokonce také po jeho smrti, pokud s poskytnutím těchto informací nedá souhlas), právo **na důstojnost** (pacient má právo na soukromí a důstojné zacházení během celé léčby. Pacient má také právo zemřít v důstojnosti), právo pacienta **přijmout nebo odmítnout spirituální a morální útěchu**, včetně pomoci duchovního patřičného vyznání“ (World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient, Santiago, 2005 in Štěpánová, 2009).*

Tento dokument je opět pouze deklarací, tedy není právně závazný. Jde o popis základních patientských práv, které by všichni lékaři a zdravotničtí pracovníci měli respektovat.

1.2.6 Rada Evropy

Neméně důležitým momentem pro rozvoj práv pacientů se stal vznik Rady Evropy v roce 1949. Cílem této mezivládní organizace je ochrana lidských práv, podpora demokracie a evropské kulturní identity. V roce 1950 vydala **Evropskou úmluvu o ochraně lidských práv**

⁴ Celé znění Deklarace je uvedeno v příloze. Zde jsem se snažila uvést jen to nejdůležitější.

a základních svobod⁵. Tato Úmluva se stala základním stavebním kamenem mezinárodněprávní ochrany politických práv. Základním nástrojem široké ochrany hospodářských a sociálních práv se stala **Evropská sociální charta**, přijatá v roce 1961, revidovaná v roce 1996. V Evropské sociální chartě⁶ se smluvní státy v **článku 11** zavazují: „*(1) odstranit příčiny nemocí v co nejvyšší možné míře, (2) poskytovat poradenské a vzdělávací služby na podporu zdraví a zvýšení odpovědnosti jednotlivce v záležitostech zdraví, (3) co největší prevence epidemických, endemických a jiných nemocí.*“ Podle **článku 13** musí státy „*(1) zajistit každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopna si takové prostředky zajistit buď sama vlastním úsilím nebo je získat z jiných zdrojů..., přiměřenou pomoc a v případě nemoci i péči nezbytnou podle jejího stavu...*“ (Evropská sociální charta, 1961). V roce 1990 byl přijat **Evropský zákoník sociálního zabezpečení**⁷, podle kterého „*individuální lékařská péče zahrnuje preventivní a léčebnou péči (čl. 8). Všichni občané mají právo na zdravotní péči, která zahrnuje péči všeobecného lékaře, specialisty, ústavní péči, poskytování léků, zubní péči, zdravotní rehabilitaci a dopravu do nemocnice podle potřeby. Péče má být finančně dostupná všem lidem (čl. 10). Tento zákoník stanoví normativ rozsahu péče: zdravotní péče se má poskytnout alespoň 50% zaměstnanců a rezidentů a 20% výdělečně činných osob (čl. 9), a to ve všech případech onemocnění a v případě těhotenství a porodu (čl. 8)*“. (Tomeš, 2011, str. 58).

V důsledku pokroku v biomedicíně oblasti posledních desetiletí narůstala na celém světě obava, že bude pokroků zneužíváno v neprospěch lidské bytosti. Mnozí se obávali, že budou bezprávnými objekty v oblasti vědy a zdravotnictví a že se vytratí osobní vztah mezi pacientem a lékařem. A proto Parlamentní shromáždění Rady Evropy vydalo v roce 1991 doporučení k přípravě Konvence o bioetice, v níž by měla být vytyčena veškerá důležitá opatření nezbytná k ochraně důstojnosti člověka a základních práv jedince v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Na textu konvence po řadu let pracovala komise složená z odborníků různých oborů – lékařů, biologů, právníků, filozofů a teologů různých vyznání – ze všech členských zemí, tzv. Řídící výbor pro bioetiku (CDBI). Komise se dvakrát ročně

⁵ Československo bylo roku 1992 vůbec prvním státem střední a východní Evropy, který se stal stranou Úmluvy (úmluva byla ratifikována 18. března 1992 a publikována pod č. 209/1992 Sb.) (online, Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, 13.3.2013)

⁶ Doplní Umluvu o ochraně lidských práv a základních svobod o sociální práva. Pro Českou republiku vstoupila v platnost 3. prosince 1999. V revidované verzi je definováno 32 lidských práv (z toho je definováno sedm základních práv), ze kterých stát musí ratifikovat minimálně deset práv, z toho pět ze seznamu základních práv. Tato úmluva plní roli nejen minimálních standardů, ale také poskytuje vizi jednotlivým státům, jak rozvíjet lidská práva (Tomeš, 2010).

⁷ Ratifikací v roce 2000 se tak ČR připojila k členským státům Rady Evropy, které prostřednictvím tohoto dokumentu plní vysoké standardy sociální ochrany obyvatelstva. Zákoník řeší oblast zdravotní péče, dávek v nemoci, dávek v nezaměstnanosti, starobního důchodu, rodinných dávek, dávek v mateřství, invalidního důchodu a dávek pozůstalých (online, Zdravotnické noviny, 13.3.2013).

scházela na týdenních zasedáních ve Štrasburku. Vypracovala etické minimum, jež má být respektováno v právním řádu signatářských zemí, které podle svých měřítek mohou v některých oblastech stanovit pravidla podrobnější a přísnější. Tak byl vypracován přípravný text „**Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny**“, s kratším dohodnutým názvem „**Úmluva o lidských právech a biomedicíně**“. Tato Úmluva byla přijata a k podpisu členskými zeměmi otevřena v Oviedu, 4. dubna 1997. Státy, které Úmluvu podepsaly a ratifikovaly, se zavázaly k tomu, že budou principy i práva a povinnosti v Úmluvě zakotvené dodržovat a že je zohlední ve své legislativě (Munzarová in Štěpánová, 2009).

Úmluva o lidských právech a biomedicíně

V dnešní době se stalo lékařství velmi rozsáhlou biomedicínskou vědou. Mravní otázky se neomezují jen na hodnocení vztahu dvou osob, lékaře a nemocného, protože neustálé pokroky v lékařských, biologických i technických vědách s sebou přinášejí složitě, mnohdy těžko řešitelné mravní problémy (možnost udržovat nemocné při životě, i když jsou v hlubokém a nenávratném bezvědomí apod.) (Kořenek, 2002).

Úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti člověka s ohledem na aplikaci biologie a medicíny, zkráceně **Úmluva o biomedicíně** se v druhé polovině roku 2001 stala také součástí našeho právního řádu. Tato úmluva se zabývá stanovením základních pravidel, obecně platných v oblasti zdravotnictví (mezi které patří také práva pacientů), vědeckého výzkumu, moderních léčebných metod a nakládání s genetickým materiálem (online, Právo a medicína, 4.5.2009). Je nutné zmínit, že podle článku 10 Ústavy České Republiky: „*Vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu a stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva*“ (Ústava ČR, 1993). To znamená, že tato **Úmluva je přímo součástí našeho právního řádu**. Je více než zákon a méně než ústava.

V *preambuli* tohoto dokumentu jsou připomenuty různé dokumenty a úmluvy (např. Všeobecná deklarace lidských práv, 1948, Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod, 1950 apod.). Je zde vyjádřeno přesvědčení o nutnosti respektu k lidské bytosti, zajištění lidské důstojnosti, zachování a dalšího uplatňování lidských práv a základních svobod. Je zdůrazněna nutnost uvědomění si rizik, jež pokrok ve vývoji biologie a medicíny přináší, důležitost mezinárodní spolupráce a pomoci, důležitost podpory veřejné diskuze

k těmto otázkám a rovněž důležitost připomínat všem lidem jejich práva a odpovědnosti (Munzarová in Štěpánová, 2009).

Důležité z hlediska práv pacientů jsou kapitoly II a III. Kapitola II se zabývá **informovaným souhlasem**. Článek 5 této kapitoly říká, že: „*Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytl svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat*“. Ostatní články této kapitoly se zabývají ochranou osob neschopných dát souhlas, ochranou osob s duševní poruchou a stavem nouze vyžadující neodkladná řešení (to platí v situacích, kdy nelze získat příslušný souhlas a lékařský zákrok je nutný – lékařský zákrok lze provést okamžitě, pokud je nezbytný pro zdraví pacienta) (Úmluva o biomedicině, 1997). Kapitola III se zabývá **ochranou soukromí a právem na informace**. Článek 10 této kapitoly říká, že: „*Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví*“. Dále říká, že: „*Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebyť takto informován je nutno respektovat*“ a „*pokud je to v zájmu pacienta, může ve výjimečných případech zákon omezit uplatnění práv podle odstavce 2*“ (Úmluva o biomedicině, Oviedo, 1997 in Štěpánová, 2009).

Česká republika podepsala Úmluvu zároveň s Dodatkovým protokolem k Úmluvě o zákazu klonování lidských bytostí, 24. června 1998. Oba dokumenty současně ratifikovala a již i včlenila do Sbírky Mezinárodních smluv (Sb.M.s. 96/2001 a 97/2001). V současnosti jakékoli zákony, týkající se této problematiky, nemohou protiřečit uvedeným dokumentům. Pro Českou republiku Úmluva i dodatkový protokol vstoupily v platnost 1. října 2001 (Munzarová in Štěpánová, 2009). Tento dokument je určitě významným krokem vpřed. Je prvním mezinárodním a právně závazným dokumentem, který se zabývá právy pacientů.

1.2.7 Evropská unie (EU)

V Evropské unii (dále jen EU) platí pro zdravotní péči **princip subsidiarity**. Upravují se pouze ty otázky, které se týkají dvou a více členských států. To se stalo v letech 1958, 1971 a 1972 a nařízeními č. 883/2004 a 574/2009. Pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení členských států v podstatě platí pravidlo, že se pro zdravotní péči uplatňují právní předpisy toho státu, kde občan EU pracuje nebo je samostatně výdělečně činný. Protože patří zdravotní péče do pravomocí jednotlivých států, přijala EU **Otevřenou metodu koordinace ve**

zdravotnictví (2000), jež obsahuje dohodu států, podle níž se ve zdravotní politice soustředí na: *dostupnost pro všechny* (princip rovnosti a solidarity), *kvalitu zdravotní péče* (norma jakosti + úroveň celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků) a *finančně udržitelnou zdravotní péči* (Tomeš, 2011).

Co se týče EU, tak zásahy ve zdravotnictví jsou ve velké míře výsledkem ustanovení Amsterodamské smlouvy (čl. 152), nyní součástí **Lisabonské smlouvy**. Ta obsahuje samostatnou pasáž o veřejném zdraví v článku 168. **Hlava XIV Článek 168 Veřejné zdraví** říká, že: „(1) *Při vymezení a provádění všech politik a činností Unie je zajištěn vysoký stupeň ochrany lidského zdraví. Činnost Unie doplňuje politiku členských států a je zaměřena na zlepšování veřejného zdraví, předcházení lidským nemocem a odstraňování příčin ohrožení tělesného a duševního zdraví... Unie doplňuje činnost členských států ke snižování škodlivých účinků drog na zdraví, včetně informačních a prevenčních opatření.* (2) *Unie podněcuje spolupráci mezi členskými státy... Podněcuje zejména spolupráci mezi členskými státy zaměřenou na zlepšení vzájemného doplňování jejich zdravotních služeb v příhraničních oblastech...* (3) *Unie a členské státy podporují spolupráci se třetími zeměmi a s příslušnými mezinárodními organizacemi v oblasti veřejného zdraví...* (7) *Při činnosti Unie je uznávána odpovědnost členských států za stanovení jejich zdravotní politiky a za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče ...* (Lisabonská smlouva, 2007).

Velmi důležitým ustanovením je závěr uvedeného článku (odst. 7), jež vyjadřuje **respekt ke kompetencím členských států, jež jsou odpovědné za organizaci zdravotnictví a poskytování zdravotní péče**. EU má jinak poměrně omezenou úlohu.

Lisabonskou smlouvou (2009) se stala součástí primárního práva EU **Listina základních práv EU** (2000), která se v článku 35 zabývá ochranou zdraví. Dle tohoto článku má každý právo na: „ochranu a prevenci zdraví a na zdravotní péči za podmínek stanovených legislativou jednotlivých států...“ (Listina základních práv EU, 2000).

V minulém století některé země pro usnadnění migrace svých pracovníků v rámci Společenství vytvořily bilaterální dohody o vzájemném **uznávání lékařských kvalifikací**. Na mezinárodní úrovni to byla tzv. **Severská dohoda** (Nordic Agreement) skandinávských zemí (Dánsko, Island, Finsko, Norsko a Švédsko) z roku 1965. Tato dohoda stanovila základní principy pro mezinárodní dohody o vzájemném uznávání kvalifikací, které byly následně přijaty do legislativy EU. Důležitá byla **směrnice Rady 75/362/EHS** z roku 1975 o vzájemném uznávání diplomů, osvědčení a jiných dokladů o dosažené kvalifikaci lékařů, obsahující opatření pro usnadnění účinného výkonu práva usazování a volného pohybu služeb a **směrnice Rady 75/363/EHS** z roku 1975 o koordinaci právních a správních předpisů

týkajících se činnosti lékařů. V roce 1986 pak byla vydána **směrnice Rady 86/457/EHS** o zvláštní odborné přípravě ve všeobecném lékařství. Tyto tři směrnice byly v roce 1996 sloučeny do konsolidovaného znění, **Směrnice Rady 93/16/EHS** o usnadnění volného pohybu lékařů a vzájemného uznávání jejich diplomů, osvědčení a jiných dokladů o dosažené kvalifikaci. Uznávání postgraduálního vzdělání se vyřešilo podobným způsobem. Kritériem pro uznání kvalifikace je určitý počet let odborné přípravy na plný úvazek, ve schválené instituci. Tato příprava má být jak praktická, tak teoretická. **Směrnici Rady 2001/19/EC** se zavedla povinnost druhého členského státu prozkoumat kvalifikaci migranta, stejně tak jako jeho pracovní zkušenosti nebo odbornou přípravu a vydávat odůvodněná rozhodnutí. Výše uvedené směrnice se týkají v zásadě pouze občanů jedné z členských zemí. Nicméně existují situace, ve kterých jsou příslušníci třetích zemí držiteli diplomu vydaného jednou z členských zemí EU a mohou užívat výhod plynoucích především ze směrnic o uznání kvalifikací. Toto také potvrdila judikatura soudního dvora. Na zasedání v Tampere v roce 1999 Evropská Rada uznala, že je potřeba zajistit spravedlivé zacházení se státními příslušníky třetích zemí, kteří legálně pobývají na území jednoho z členských států EU. Proto byla vydána **Směrnice 2003/109/EC** o právním postavení státních příslušníků třetích zemí, kteří jsou dlouhodobě pobývajícími rezidenty (Rowe, García-Barbero, 2005).

1.3 Vývoj práv pacientů v mezinárodním měřítku

Již po staletí lékaři uznávají, že lékařská péče by měla být založena na etických principech (Weitz, 2010). Od dob slavného Hippokrata existuje v lékařství celá řada etických kodexů, jejichž obsah je určen výhradně nebo převážně lékařům. Etické kodexy tohoto druhu jsou obvykle neontologické povahy, to znamená, že vymezují povinnost lékařů vůči pacientům, kolegům a veřejnosti (Haškovcová in Štěpánová, 2009). Nejstarším a nejznámějším etickým kodexem je **Hippokratova přísaha**⁸. Co se týče nemocných a pacientů, tak tato přísaha lékařům ukládá povinnost zasvětit svůj život prospěchu nemocným a míra tohoto zasvěcení je ponechána na samotném lékaři. Přísaha dále obsahuje zásady chování lékaře při návštěvě v bytě nemocného. Klade důraz, aby se lékař choval k pacientovi slušně a s respektem, aby vstupoval do bytu nebo domu pouze s čistým úmyslem pacientovi pomoci a ulevit mu od bolesti, popřípadě si lékař může promluvit s pacientem o jeho problémech, ať už jde o problémy soukromé nebo zdravotní. Velice důležitou pasáží je pasáž

⁸ Celý text Hippokratovy přísahy je uveden v příloze.

týkající se profesionální mlčenlivosti. Lékař se zavazuje, že cokoli uslyší nebo uvidí v průběhu léčení nebo dokonce mimo léčení, co by mělo být utajeno, bude to považovat za tajemství, protože kdyby nějakou informaci vyzradil někomu třetímu, ten by ji mohl využít ve svůj prospěch a poškodilo by to nejen pacienta, ale i lékaře, který by se musel vzdát svého výkonu praxe (Kutnohorská in Štěpánová, 2009). Lékař by také podle této přísahy neměl podat „(...) *nikomu smrtící prostředek, ani kdyby ho o to kdokoli požádal (...)*“ a neměl by nikomu radit, jak umřít. Žádné ženě by neměl dát prostředek k potratu (Hippokratova přísaha).

Hippokratova přísaha byla napsána již v pátém století před naším letopočtem. V té době fungoval mezi lékařem a pacientem **paternalistický vztah**. Lékař si byl vědom svého výjimečného postavení v té době a zpravidla ochotně a rád se ujímal nešťastného a trpícího pacienta (Haškovcová in Štěpánová, 2009). Pacient měl v té době k lékaři plnou důvěru a všechna rozhodnutí vztahující se ke stanovení diagnózy i k následné léčbě nechal na lékaři. Pacient ani neměl právo rozhodnout o své léčbě, vždy za něj rozhodoval lékař. Pravidla těchto vztahů také určovala vzdělanost lidí, která byla v této době malá (Kutnohorská, 2007). Tento model byl v naší euro – americké kultuře dominantní až do 70. let 20. století a v myslech mnoha zdravotníků a pacientů stále přetrvává (Vurm, 2007).

Dnešní doba však klade větší důraz na autonomii pacienta a profesionální partnerství mezi lékařem a pacientem (Vurm, 2007). Tento partnerský vztah respektuje symetrii vzájemného vztahu, i když vzhledem ke svému specializovanému vzdělání bude lékař vždy v určité dominanci, a paternalismus bude zachován jen v určitých situacích (např. první pomoc, neodkladná péče apod.) (Haškovcová in Štěpánová, 2009). Také v etickém kodexu České lékařské komory se uvádí, že: „ *Lékař se má vyvarovat paternalistických pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy a povinnostmi včetně zodpovědnosti za vlastní zdraví*“ (Kutnohorská in Štěpánová, 2009, s.35). Projevem tohoto partnerského vztahového modelu jsou v naší kultuře kodexy patientských práv, s nimiž se v různých obměnách setkáváme po celé Evropě a Severní Americe, ale i v dalších vyspělých zemích (Vurm, 2007).

Pravděpodobně první kodex práv pacientů vznikl v roce 1971 a formuloval jej lékárník David Anderson z Virginie. O rok později přijala Asociace amerických nemocnic vlastní práva nemocných. Většina vyspělých států přijala a vyhlásila nejprve obecnou verzi práv pacientů a následně též etické kodexy specializované, týkající se určité skupiny nemocných (v roce 1974 byla např. ve Francii vydána tzv. Charta hospitalizovaného pacienta) (Haškovcová in Štěpánová, 2009). V roce 1977 vydalo Světové zdravotnické shromáždění

rezoluci **Zdraví pro všechny (HFA)**, která byla přijata 19. května 1977. Podle ní zahrnuje zdravotní péče širokou škálu služeb, k níž náleží podpora a ochrana zdraví, prevence onemocnění, diagnostika, léčba, ošetrovatelská péče a rehabilitace (Kutnohorská in Štěpánová, 2009).

V 80. letech 20. století byla práva pacientů pokládána za samozřejmost ve všech vyspělých zemích. Pozornost byla věnována tvorbě specializovaných kodexů, přičemž iniciativa nepochází pouze z řad odborníků, ale také laiků. Tak byly zformulovány Práva těhotné ženy a nenarozeného dítěte, Práva handicapovaného dítěte, Práva imobilních osob, Práva starých nemocných, Práva dialyzovaných a transplantovaných, Práva umírajících, Práva mentálně nemocných lidí. Etické kodexy práv pacientů nejsou jednou a provždy dány, nýbrž se v průběhu času obměňují. Příkladem může být právo každého nemocného na pravidelný, nejlépe denní styk s rodinou po dobu nemocničního ošetřování (po 2. světové válce panovala všeobecná praxe výrazně časových omezených návštěv, což se později ukázalo jako nevhodné) (Haškovcová in Štěpánová, 2009). V roce 1981 byla na 34. světovém shromáždění WMA v Lisabonu přijata již zmíněná deklarace, týkající se práv nemocných. Tento dokument (nazýván **Lisabonská deklarace**) pojednává o právech pacientů obecněji (Kutnohorská in Štěpánová, 2009).

V 90. letech se v jednotlivých zemích podle zájmu, naléhavosti a potřeb detailně řešily jednotlivé problémové okruhy patientských práv (např. němečtí odborníci pracovali zejména na pravidlech právní úpravy tzv. informovaného souhlasu nemocného. V Rakousku, kde charta pacientů vznikla o 5 let dříve než u nás, propracovávali systém patientské ochrany a občanské kontroly. Práva mají být ale také vyvážena určitými povinnostmi. Povinností každého občana je pečovat o své zdraví, zejména formou zdravého životního stylu. Povinností pacienta je také dodržování léčebného, dietního a rehabilitačního programu a ve svém vlastním zájmu by měl lékaři vždy sdělit vše, co se týká jeho zdravotního stavu (Haškovcová in Štěpánová, 2009).

1.3.1 Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě

V roce 1994 se uskutečnila v Amsterdamu (Holandsko) pod záštitou Regionální ústředny WHO pro Evropu (WHO/EURO) Evropská porada o právech pacientů a byla přijata deklarace – dokument, který měl a má být pro jednotlivé země významným pomocníkem při formulování politiky na posílení práv pacientů. Tento dokument definuje zásady a opatření,

která směřují k posílení těchto práv (Kutnohorská in Štěpánová, 2009). V této **Deklaraci o prosazování práv pacientů v Evropě**⁹ (též nazývané jako Amsterodamská deklarace) můžeme práva pacientů rozdělit do 3 odvětví:

Prvním z nich jsou **informace**. Pacient má právo na celou řadu informací, které se nejčastěji týkají jeho zdravotního stavu. Podle této Deklarace má právo na „...**úplné informace o svém zdravotním stavu, včetně medicínských poznatků o svém zdravotním stavu, jakož i navrhované léčbě, možných rizicích a výhodách každého postupu, také o alternativách k navrhovaným postupům, včetně důsledků neléčení, taktéž o diagnóze, prognóze a pokroku v léčení**“. Tyto informace mu musí být sděleny „**způsobem odpovídajícím jeho schopnostem**“. Pokud si není pacient jistý, může si vyžádat názor jiného odborníka. Pacientovi avšak některé informace mohou být utajeny, ale to ve výjimečných případech (pokud by jim mohly způsobit vážnou škodu) nebo sám pacient na požádání nemusí být informován. Může si také zvolit, kdo bude informován místo něj. Velmi důležitým bodem v této deklaraci je také to, že „**pacienti mají právo přístupu ke své zdravotní kartě a technickým záznamům a jakékoli další zdravotní dokumentaci související s jejich diagnózou, léčbou a mají právo obdržet kopii vlastní dokumentace, záznamů nebo jejich části. Vyloučen je však přístup k údajům týkajícím se třetích osob**“. Pokud je dokumentace nepřesná či zastaralá, smí žádat opravu. Právo na informace se ale vždy nemusí týkat jen jeho zdravotního stavu. Podle této deklarace má také pacient právo na „...**dostupné informace o zdravotních službách a jejich nejlepším využití**“. Také by měl být „...**seznámen s totožností a odborným postavením osob, které jim poskytují zdravotní péči, a dále o pravidlech a zvyklostech, platných pro jejich pobyt a péči**“. Při odchodu ze zdravotnických zařízení by pak pacienti měli mít „...**možnost na požádání dostat písemný záznam o své diagnóze, terapii a poskytované péči**“.

Druhou oblastí je **souhlas, důvěrnost a soukromí**. Jedním z nejdůležitějších práv v této oblasti je právo na informovaný souhlas, protože „**informovaný souhlas pacientů je předpokladem pro jakýkoliv lékařský zákrok, je také nezbytný pro zapojení do klinické výuky a je předpokladem pro účast na vědeckém výzkumu (výzkum by neměl být prováděn na osobách, které nemohou vyjádřit svou vůli, kromě případů, kdy byl získán souhlas od zákonného zástupce a lze předpokládat, že výzkum je v zájmu pacienta)**“. Tento souhlas je také „...**vyžadován pro uchování a použití veškerých částí lidského těla**“. Pacient má samozřejmě také právo zákrok přerušit nebo ho celý odmítnout. Důsledky těchto činů mu musí být ale náležitě vysvětleny. Problém je, pokud pacient není schopný tento souhlas udělit

⁹ Celé znění Deklarace je uvedeno v příloze.

a zákrok je nezbytně nutný. V tomto případě se předpokládá, že „...*pacient souhlasí, pokud z dané situace není zřejmé, že by souhlas odmítl*“. Pokud je zákrok naléhavě nutný a je také nutný souhlas **zákonného zástupce**, „...*pak zákrok může být proveden, pouze pokud není možné souhlas zástupce získat dostatečně rychle. I tito pacienti musí být ale v maximální míře zapojení do procesu rozhodování v závislosti na svých schopnostech. Pokud zákonný zástupce odmítne dát souhlas a pacient není schopen dát informovaný souhlas, pak je nutno vyžádat rozhodnutí soudu nebo jiného rozhodčího orgánu*“. Ve všech ostatních situacích, kdy pacient není schopen dát informovaný souhlas a neexistuje zákonný zástupce nebo zástupce pověřený pro tento účel pacientem „...*by měly být podniknuty přiměřené kroky, zajišťující náhradní rozhodnutí, které bude brát v úvahu, co je známo, a pokud možno i co lze předpokládat o přáních pacienta*“. Co se týká oblasti soukromí a důvěry, tak podle této deklarace „...*má každý právo na respekt vůči svému soukromí*“. Také veškeré lékařské zákroky mohou být prováděny pouze pokud „...*respektují soukromí každého jednotlivce. Nesmí dojít k zásahu do pacientova soukromého a rodinného života (jen pokud by zásah s pacientovým souhlasem byl shledán jako nutný kvůli pacientově diagnóze, léčbě a ošetřování)*“. U zákroku smí být jen ty osoby, které jsou potřebné (pokud si pacient nevyžádá jinak). Při příchodu do nemocnice má pacient právo očekávat vybavenost, která mu zajistí soukromí. Co se také týče soukromí a důvěry, tak „...*veškeré informace o pacientovi - jeho zdravotním stavu, lékařském nálezu, diagnóze, prognóze a léčbě a veškeré další informace osobního rázu musí být zachovávány jako důvěrné, a to i po smrti. Veškeré identifikovatelné údaje o pacientovi musejí být chráněny. Mohou být sdělovány dál pouze tehdy, dá-li pacient výslovný souhlas, nebo pokud tak výslovně stanoví zákon*“.

Třetí oblastí této Deklarace je oblast týkající se **těla a vědy**. V této oblasti má každý „...*právo na tělesnou a duševní nedotknutelnost a také právo na takovou ochranu zdraví, jakou je možno zajistit preventivními opatřeními a zdravotní péčí a možností usilovat o nejvyšší dosažitelnou úroveň svého zdraví*“. Zde má také každý právo na „...*respekt vůči své osobě*“ a má právo „...*sám o sobě rozhodovat*“. V oblasti vědy a vědeckého výzkumu je vždy vyžadován souhlas pacienta (pokud nebyl získán od zákonného zástupce). „*Veškeré součásti lidského těla (humánní substance), z nichž je možno odvodit identifikovatelné údaje, musejí být chráněny*“ a „*pro uchování a použití veškerých částí lidského těla je potřeba souhlasu pacienta*“ (Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě, Kodaň, 1994 in Štěpánová, 2009). Je to komplexní přehled práv pacientů. Jde o právně nezávazný programový dokument, který by měl sloužit jako inspirace pro zákonodárce při tvorbě vnitrostátních norem.

1.4 Reflexe mezinárodní úpravy práv pacientů v českém právu

Historie práv pacientů je v České republice celkem krátká, neboť vzhledem k politické situaci u nás dominoval paternalismus i v době, kdy už vyspělé země, mj. i prostřednictvím kodexů práv pacientů, reflektovaly změny ve zdravotnických systémech i konkrétní péči o nemocné (Haškovcová in Štěpánová, 2009).

1.4.1 Etický kodex práv pacientů

U nás v roce 1990 Helena Haškovcová a Jaroslav Šetka vypracovali písemný návrh etického kodexu Práv pacientů, jehož základem byla Vzorová práva nemocných, která v roce 1985 zveřejnil Americký svaz občanských svobod. Bylo přihlédnuto i k dalším kodexům a respektována jak některá naše specifika, tak i připomínky vznesené v rámci diskuze zdravotnické veřejnosti (Haškovcová in Štěpánová, 2009).

Definitivní verze Práv pacientů formulovala a vyhlásila Centrální etická komise MZČR dne 25.2.1992¹⁰. Práva v tomto kodexu se velmi podobají právům výše zmíněné Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě. Podle Kodexu má pacient právo na „...**ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči** prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky“, také má právo „...**znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují**“. Co se týče souhlasu, tak má právo „...**získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí** (vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena“. Taktéž má „...v rozsahu, který povoluje zákon, **právo odmítnout léčbu** a má být současně informován o zdravotnických důsledcích svého rozhodnutí“. Během léčby by měly být brány „...**maximální ohledy na jeho soukromí a stud.** Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedeny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.“ Co se týče oblasti důvěry, tak má pacient „...**právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné.** Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování“. Důraz se zde klade také na kvalitu péče. Podle Kodexu má pacient „...**právo očekávat, že nemocnice**

¹⁰ Celé znění Etického kodexu práv pacientů je uvedeno v příloze.

musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit“. Jeden z bodů říká, že má pacient „...právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s **přiměřenou kontinuitou**“. Má také právo vědět předem, „...**jací lékaři, v jakých ordinčních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici**“. Po propuštění z nemocnice nebo jiného zdravotního střediska má pacient právo očekávat, že „...nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče“. V oblasti experimentování má pacient „...právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. **Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu.** Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí“. V závěru života by pak měl mít „...právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony“. Má také právo „...kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jednotlivých položek bez ohledu na to, kdo účet platil“. Podle tohoto Kodexu však pacient nemá jen práva, ale také určitou povinnost. Touto povinností je **řídít se nemocničním řádem** dané zdravotnické instituce (Etický kodex práv pacientů, 1992 in Štěpánová, 2009). I když je tento kodex právně nezávazný, zdůrazňuje to, co je zákonem více méně zakotveno. Celé znění etického kodexu můžeme také vidět vyvěšený ve většině nemocničních pokojů.

1.4.2 Česká lékařská komora

Nezbytné je také zmínit důležitou úlohu České lékařské komory. Dne 8. května 1991 přijala tehdejší Česká národní rada **zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře**. Po čtyřiceti letech totalitního komunistického režimu tak byla obnovena profesní lékařská samospráva, která mohla alespoň ideově navázat na tradice lékařských komor vznikajících na území našeho státu již koncem 19. století. Na rozdíl od občanských sdružení, v nichž se na základě dobrovolného členství podle zákona č.83/1990 Sb., o sdružování, sdružují občané se společným zájmem, Česká lékařská komora jako veřejnoprávní korporace vznikla z vůle státu, který na ni přenáší

zákonem část své pravomoci. Byl to právě stát, kdo v zájmu ochrany občanů stanovil podmínky nezbytné pro výkon povolání lékaře. Jedno z těchto podmínek je i členství v České lékařské komoře. Každý, kdo chce pracovat jako lékař, musí **splňovat náročná kvalifikační kritéria a respektovat přísné etické normy**. Zatímco v diktaturách dohlíží na lékaře přímo stát, v demokratických zemích tuto funkci přebírá volená profesní samospráva. Profesní samosprávy jsou nedílnou součástí evropské demokratické kultury. Z celkového počtu 27 členských států EU vykonávají v současnosti v 25 z nich profesní dozor právě lékařské samosprávy, které sdružují všechny lékaře, a to buď na základě povinného členství, nebo povinné registrace (Česká lékařská komora, 2011). Česká lékařská komora tedy **zaručuje odbornost svých členů a potvrzuje splnění podmínek k výkonu lékařského povolání** podle zvláštních předpisů. Posuzuje a hájí práva a profesní, sociální a hospodářské zájmy svých členů, chrání také profesní čest svých členů. V současnosti působí v České republice 3 lékařské komory – lékařská (se sídlem v Olomouci), stomatologická (se sídlem v Praze) a lékárnická (se sídlem v Praze) (online, Česká lékařská komora in Štěpánová, 2009).

Česká lékařská komora je veřejnoprávní subjekt, proto má podle zákona i určitá disciplinární oprávnění. Toto oprávnění má **Čestná rada komory**, která podle § 13 zákona č. 220/1991 „...vykonává disciplinární pravomoc vůči svým členům...“ a podle § 18 „...vykonává disciplinární pravomoc vůči všem členům komory...“ (Zákon č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře). Proti rozhodnutí čestné rady o disciplinárním opatření lze podat opravný prostředek, o kterém rozhoduje soud (Česká lékařská komora, 2011).

Jednou z priorit ČLK je **dostupnost kvalitní bezpečné zdravotní péče**. Proto komora připravila vlastní návrh doporučení řádného personálního zajištění lůžkových zdravotnických zařízení lékaři tak, aby péče mohla být poskytována dle názoru ČLK „lege artis“, tedy na úrovni 21. století. Toto doporučení je výsledkem odborné diskuze vědecké rady a dalších orgánů ČLK a komora jej nabízí jako návod a pomůcku jak ředitelům nemocnic, tak i jejich zřizovatelům. Jako ocenění kvality, dle tohoto doporučení poskytované zdravotní péče, vydává ČLK zdravotnickým zařízením, která splňují všechny kritéria, certifikát kvality „**Nemocnice 21. století**“ (Česká lékařská komora, 2011). První nemocnice v ČR, která získala od ČLK certifikát kvality „Nemocnice 21. století“, byla v říjnu 2009 Nemocnice ve Frýdku – Místku. Tato nemocnice byla prvním zdravotnickým zařízením v ČR, u které může ČLK garantovat občanům, že budou vždy ošetřováni s dostatečným množstvím patřičně erudovaných lékařů. Jako druhá v pořadí získala od České lékařské komory v květnu 2010 tento certifikát kvality Nemocnice Písek. Cílem udílení takového certifikátu je ocenit a propagovat ta zdravotnická

zařízení, která splňují náročné požadavky na poskytování zdravotní péče na úrovni 21. století. Certifikát má platnost dva roky a komora jej může při zjištění případných nedostatků zařízení kdykoli odebrat (Česká lékařská komora, 2011).

V roce 2011 se představitelé České lékařské komory poprvé účastnili jednání Stálého výboru evropských lékařů (CPME). CPME sdružuje nejrepresentativnější nevládní národní lékařské organizace EU a států asociovaných a zastupuje tak více než 2 miliony lékařů vůči EU. Účastí na těchto jednáních získala ČLK možnost přístupu k aktuálním informacím o problémech a úkolech evropských lékařů, možnost podílet se na zpracování stanovisek CPME i možnost lépe pochopit problémy a úkoly lékařské profese v rámci EU a tím i možnost lépe se připravit na perspektivu řádného členství v CPME po vstupu České republiky do EU. V roce 2004, kdy se stala ČR členem EU, byla již Česká lékařská komora plnohodnotným partnerem v mezinárodní spolupráci. Aktivně se zapojuje do jednání, která ovlivňují legislativní kroky EU a která se týkají lékařského personálu a jeho postavení ve zdravotnických systémech jednotlivých členských a asociovaných zemí Evropské unie. Úloha ČLK se tak stává stále důležitější jak při implementaci jednotlivých právních aktů EU do lékařské praxe, tak i při dohledu nad jejich dodržováním (Česká lékařská komora, 2011).

1.4.3 Právní rámec ČR

Dle **Listiny základních práv a svobod** má podle článku 31 „*každý právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon*“ (Listina základních práv a svobod, 1993)

Dlouhou dobu byl velmi důležitý **Zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb.**, který byl přijat jako základní právní předpis zdravotnického práva v Československu. Vymezoval povinnosti státu, zdravotnických zařízení i uživatelů zdravotnických služeb a určoval zásady zdravotnické péče. Tento zákon platil až do roku 2011, kdy byl nahrazen **Zákonem č. 372/2011, o zdravotních službách**. Tento zákon nabyl účinnosti 1.dubna 2012 a upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, **práva a povinnosti pacientů** a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, podmínky hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb, další činnosti související s poskytováním zdravotních služeb a

zpracovává příslušné předpisy Evropské unie. Právy a povinnosti pacientů se zabývá část čtvrtá, hlava I. Velmi důležitý je § 28, který shrnuje základní patientská práva: „...**právo na svobodný a informovaný souhlas**... (1), ...**poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni**... (2), ...**na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních**... (3a), ...**zvolit si poskytovatele oprávněného k poskytnutí zdravotních služeb**... (3b), **vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele**, ..., **to neplatí, jde-li o poskytování neodkladné péče nebo o osoby ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence** (3c), **být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení lůžkové nebo jednodenní péče**... (3d) , **na nepřetržitou přítomnost zákonného zástupce**, ...**a na přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem** (3e), **být předem informován o ceně poskytovaných zdravotních služeb** nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění a o způsobu jejich úhrady... (3f), **znát jméno, popřípadě jména, a příjmení zdravotnických pracovníků**... (3g) ,) **odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka** (3h), **přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče, a to s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů**... (3i), **přijímat ve zdravotnickém zařízení lůžkové nebo jednodenní péče duchovní péči a duchovní podporu od duchovních církví a náboženských společností registrovaných v České republice nebo od osob pověřených výkonem duchovenské činnosti**... (3j), **na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb**...“ (3k).

§ 29 se zabývá volbou poskytovatele a zdravotnického zařízení v případě nezletilých pacientů, § 30 se pak zabývá pacienty s těžkým smyslovým postižením. Důležitý je také § 31, který vymezuje povinnosti poskytovatele zdravotní péče. Poskytovatel je podle tohoto zákona povinen: „(1) (a) **zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách**, ... (2) **Informace o zdravotním stavu obsahuje údaje o (a) příčině a původu nemoci**, ... (b) **účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb**, ... (c) **jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb**, ... (d) **další potřebné léčbě**, (e) **omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a (f) možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu**, ... **nebo vyslovit zákaz o podávání informací o zdravotním stavu**, ... (5) **Jde-li o nezletilého**

pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, právo na informace o zdravotním stavu a právo klást otázky náleží zákonnému zástupci pacienta i pacientovi... “

§ 32 se podrobněji zabývá informacemi o zdravotním stavu a říká, že: (1) „**Pacient se může vzdát podání informace o svém zdravotním stavu, popřípadě může určit, které osobě má být podána ... a (2) informace o nepříznivé diagnóze nebo prognóze zdravotního stavu pacienta může být v nezbytně nutném rozsahu a po dobu nezbytně nutnou zadržena, lze-li důvodně předpokládat, že by její podání mohlo pacientovi způsobit závažnou újmu na zdraví...**“ § 34 pak přesně formuluje **souhlas s poskytnutím zdravotních služeb**. Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb se pokládá za: „(a) **svobodný**, je-li dán bez jakéhokoliv nátlaku, (b) **informovaný**, je-li pacientovi před vyslovením souhlasu podána informace podle § 31; souhlas se pokládá za informovaný také v případě, že se pacient podle § 32 odst. 1 podání informace vzdal... **Písemná forma souhlasu se vyžaduje, pokud tak stanoví jiný právní předpis nebo pokud tak s ohledem na charakter poskytovaných zdravotních služeb určí poskytovatel. Souhlas s hospitalizací musí být vždy v písemné formě. Na vyžádání je pacientovi poskytnuta kopie písemné formy souhlasu...**“

Důležitý je také § 36, který se zabývá **dříve vysloveným přání**. „(1) **Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen ‘dříve vyslovené přání’)**... (3) **Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta...** (5) (a) **Dříve vyslovené přání není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím, (b) pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti, c) pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby, d) pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti. (6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům“.**

Tento zákon však nedefinuje pouze práva pacientů a povinnosti zdravotnických pracovníků. § 41 tohoto zákona definuje také **povinnosti pacientů**. Pacient je při poskytování zdravotních služeb povinen: „(a) **dodržovat navržený individuální léčebný postup, pokud s poskytováním zdravotních služeb vyslovil souhlas, (b) řídit se vnitřním řádem, (c) uhradit poskytovateli cenu poskytnutých zdravotních služeb nehrazených nebo částečně hrazených z veřejného zdravotního pojištění nebo jiných zdrojů, které mu byly poskytnuty s jeho**

souhlasem, (d) pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu... a (e) nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky ...“

Nově tento zákon zavedl **právo pacienta na sociálního pracovníka**. Dle §46 je poskytovatel zdravotní péče povinen zajistit, „ *aby byl pacient **informován o dalších zdravotních službách a dalších možných sociálních službách, které mohou zlepšit jeho zdravotní stav, zejména o možnostech sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace...*** (1c)“ (Zákon č. 372/2011 Sb.). Pro sociální práci je to velký pokrok. Díky tomuto ustanovení mají nyní lékaři povinnost kontaktovat sociální pracovníky k případům, kde to situace vyžaduje.

Díky tomuto zákonu se postavení pacienta v systému dočkalo značného posunu. Pacient a poskytovatel jsou nyní v rovnocenném postavení – lékař musí pacienta informovat, vše mu vysvětlit a probrat s ním postup léčby, pacient již není pasivním účastníkem. Práva pacienta jsou jasně definována. Pacient musí být ze zákona poskytovatelem dobře informován. Pacient má nyní také možnost účinněji si stěžovat, protože zákon ukládá nové povinnosti v oblasti **zacházení se stížnostmi**. Stížnosti pacientů jsou v zákoně zvláště upraveny (část osmá). Při porušení svých povinností vůči pacientovi hrozí poskytovateli významné **sankce** (online, Leoš Heger, 21.1.2013).

2 Práva duševně chorých pacientů

Dle Světové zdravotnické organizace duševní poruchy zahrnují široké spektrum problémů, které jsou doprovázeny různými příznaky. Obecně jsou charakterizovány: „*kombinací abnormálních myšlenek, emocí, chování a vztahů s ostatními. Příkladem duševní poruchy může být schizofrenie, deprese, mentální retardace, poruchy způsobené užíváním drog (...) apod.*“ (online, World Health Organisation, 20.1.2013).

Dle klíčových fakt WHO:

- „*Více než 450 milionů lidí trpí různými duševními poruchami a ještě mnohem více lidí má psychické problémy.*
- *Duševní zdraví je nedílnou součástí zdraví – ve skutečnosti není zdraví bez duševního zdraví.*
- *Duševní zdraví je více než jen nepřítomnost duševní poruchy.*
- *Duševní zdraví je ovlivněno sociálně-ekonomickými, biologickými a ekologickými faktory.*
- *Existují různé rentabilní meziodvětvové strategie a intervence pro podporu duševního zdraví“* (online, World Health Organisation, 20.1.2013).

Duševní zdraví je nedílnou a nezbytnou součástí zdraví. WHO říká (online, World Health Organisation, 20.1.2013), že: „*Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné vady.*“ Z této definice plyne, že duševní zdraví je popisováno jako více než nepřítomnost duševní poruchy nebo postižení. Duševní zdraví je stav pohody, kdy jedinec uskutečňuje své vlastní schopnosti, dokáže se v životě vyrovnat s běžnými zátěžovými situacemi a dovede pracovat produktivně. V tomto pozitivním smyslu je duševní zdraví základem pro individuální pohodu a efektivní fungování jedince. Podpora duševního zdraví zahrnuje opatření na vytvoření životních podmínek a prostředí, které podporuje duševní zdraví jedince a umožňuje lidem přijmout a udržet zdravý životní styl. Prostředí, které respektuje a chrání základní občanská, politická, sociálně-ekonomická a kulturní práva, je zásadní pro podporu duševního zdraví. Proto je velmi důležitá ochrana těchto práv. Národní politiky jednotlivých států by se neměly výhradně zabývat duševními poruchami, ale také rozpoznat a řešit širší otázky, které podporují duševní zdraví. Ty zahrnují začlenění podpory duševního zdraví do vládních politik a programů, také do podnikatelského sektoru, včetně vzdělávání, práce, spravedlnosti, dopravy, životního prostředí, bydlení a sociální péče, stejně jako do zdravotnictví (online, World Health Organisation, 20.1.2013).

2.1 Mezinárodní klasifikace nemocí

Aby bylo možné jednotlivé jevy hromadně zpracovávat, je nutné provádět jejich kódování. Ve zdravotnictví k tomu slouží Mezinárodní statistická klasifikace nemocí (MKN). Jde o mezinárodně přijatý systém, v němž jsou jednotlivé choroby řazeny do určitých tříd a skupin. Nemoci jsou rozděleny do 21 tříd a v nich jsou pak setříděny jednotlivé diagnózy pomocí alfanumerického kódovacího systému, tvořeného velkým písmenem a dvoj – nebo trojmístným číslem (Vurm, 2007). Pokusy o klasifikaci nemocí se objevily již v 18. století. Teprve v 19. století se podařilo vytvořit mezinárodně platnou klasifikaci (Bertillon 1893). Tato klasifikace byla klasifikací příčin smrti a každých 10 let se revidovala (doplňovala a měnila v souvislosti s vývojem vědeckého poznání). Po druhé světové válce se revizí ujala WHO. V roce 1948 (šestá revize) byla klasifikace rozšířena o klasifikaci nemocí a úrazů a byla pojmenována jako Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti, ve zkratce MKN. Tento název nesla až do desáté revize. Desátá revize MKN přinesla podstatné změny, zejména ve způsobu kódování i v názvu: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. V České republice vstoupila MKN – 10. revize v platnost dnem 1. ledna 1994 (Zavázalová, 2002).

Dle mezinárodní klasifikace nemocí, vydaných Světovou zdravotnickou organizací, jsou duševní poruchy a poruchy chování označovány písmenkem F a mezi tyto duševní poruchy a poruchy chování řadí: organické duševní poruchy (F00-F09), duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek (F10-F19), schizofrenie a schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20-F29), afektivní poruchy (F30-F39), neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy (F40-F49), behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory (F50-F59), poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60-F69), mentální retardace (F70-F79), poruchy psychického vývoje (F80-F89), poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci (F90-F98) a nespecifikovaná duševní porucha (F99) (online, mezinárodní klasifikace nemocí, 30.1.2013). Duševní poruchy jsou tedy dle této klasifikace poměrně rozsáhlou skupinou problémů.

2.2 Mezinárodní legislativní rámec pro ochranu práv duševně chorých pacientů

„Základní práva osob, které jsou označeny jako duševně nemocné, odborně diagnostikovány jako duševně nemocné, léčeny jako duševně nemocné a považované za

duševně nemocné nebo trpící emočními problémy, jsou stejná jako práva všech ostatních občanů. Nemocní duševními poruchami jsou si svých práv vědomi pouze výběrově nebo je nechápou vůbec, a většinou je nedovedou prosadit“ (online, Česká asociace pro psychické zdraví, 30.1.2013).

Na poli lidských práv bylo přijato mnoho významných dokumentů. Důležitý byl rok 1948, kdy byla přijata Všeobecná deklarace lidských práv. Od té doby mezinárodní organizace vytvořily mnoho dokumentů na ochranu práv buď celé populace nebo konkrétních ohrožených skupin, jako např. žen, dětí a zaměstnanců. Nicméně dlouhou dobu mezinárodní dokumenty o lidských právech osoby s duševním onemocněním zanedbávaly (Scheffler, 2008).

2.2.1 OSN

Valné shromáždění OSN přijalo 20. prosince 1971 rezoluci – **Deklaraci práv lidí s duševní poruchou**. Dle této rezoluce: *„Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané ... a má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti...“* (online, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 20.1.2013). Tento právně nezávazný dokument poměrně stručně shrnuje základní práva osob s duševním onemocněním.

V roce 1991 OSN vydala **Zásady ochrany osob trpících duševní poruchou a zlepšování péče o duševní zdraví**, které byly přijaty rezolucí Valného shromáždění OSN č. 46/119. Zásady prohlašují léčbu a péči o duševně nemocné za základní lidské právo (Scheffler, 2008). Tento dokument je opět pouze určitým doporučením, nemá žádnou právní sílu.

13. prosince 2006 byl v New Yorku na půdě OSN přijat významný dokument a to **Úmluva o právech osob se zdravotním postižením** (online, United Nations, 16.6.2009). Tato úmluva v **článku 15** říká, že: *„Státy, které jsou smluvní stranou úmluvy, uznávají právo zdravotně postižených lidí na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání rehabilitačních a léčebných zařízení“*. Podle článku 15 této Úmluvy by jim měla být poskytována *„... péče ve stejném rozsahu, kvalitě a finanční náročnosti jako ostatním lidem...“*. Díky jejich postižení by jim měla být *„... poskytována speciální zdravotní péče, zahrnující včasnou diagnózu a vhodnou léčbu ...“*. Zdravotnická střediska by měla být blízko

místa, kde žijí. Článek 15 dále říká, že by jim měl být poskytnut „... *zdravotní profesionál, který jim poskytne péči ve stejné kvalitě, jako mají ostatní lidé ...*“ a mělo by se „... **zabránit diskriminaci těchto lidí v oblasti zdravotního a životního pojištění ... jako také v oblasti poskytování zdravotní péče, jídla a tekutin**“ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, New York, 2006). Tento dokument je již právně závazný a je určitým krokem vpřed pro zakotvení práv osob se zdravotním postižením, nespécifikuje se však na práva duševně chorých pacientů.

Dalšími dokumenty na poli lidských práv, které se také dotýkají osob s duševním onemocněním, avšak na práva duševně chorých pacientů se ve svém obsahu nespécifikují, jsou:

- Všeobecná deklarace lidských práv (1948)
- Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (1966)
- Mezinárodní pakt o občanských a politických právech (1966)
- Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (1993)
- Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému a ponižujícímu zacházení (1987) (Scheffler, 2008)

2.2.2 Rada Evropy

Rada Evropy vydala již zmíněnou **Úmluvu o biomedicíně** (1997), která se v druhé polovině roku 2001 stala také součástí našeho právního řádu. **Článek 7** této Úmluvy se zabývá **ochranou osob s duševní poruchou**. Konkrétně tento článek říká, že „...*osoba s vážnou duševní poruchou může být podrobena zákroku bez svého souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy, pouze v případě, že by bez takovéto léčby se vší pravděpodobností došlo k závažnému poškození jejího zdraví*“ (Úmluva o biomedicíně, 1997).

V roce 1961 pak vydala další významný dokument, **Evropskou sociální chartu**. Ta se v Části II, článku 14 a 15 zabývá oblastí kvality života, služeb a péče pro lidi s postižením. Oba dokumenty jsou významné na poli lidských práv, právy duševně chorých pacientů se však nezabývají.

2.2.3 Světová zdravotnická organizace (WHO)

Světová zdravotnická organizace vydala **Akční plán duševního zdraví pro Evropu**, který byl českým ministrem zahraničí schválen v lednu 2005 (Scheffler, 2008). Tento plán je formulován tak, že v průběhu příštích pěti až deseti let se mají připravit, realizovat a vyhodnotit politické koncepce a legislativa, jež pomohou vyvíjet aktivity duševního zdraví, schopné zlepšit pocit zdraví a duševní pohody v celé populaci a začlenit do společnosti jeho funkceschopné jedince s psychickými problémy. Prioritami příštího desetiletí jsou tyto kroky:

- živit povědomí důležitosti pocitu duševní pohody,
- kolektivně řešit stigmatizaci, diskriminaci a nerovnost, a zmocnit a podpořit jedince s psychickými problémy a jejich rodiny, aby se aktivně zapojili do tohoto procesu,
- navrhnout a zavést komplexní, integrované a výkonné systémy duševního zdraví, zahrnující podporu, prevenci, léčbu a rehabilitaci, péči a rekonvalescenci,
- řešit potřebu kvalifikovaných pracovních sil pro všechny tyto oblasti,
- uznat poznatky a zkušenosti uživatelů těchto služeb a opatrovníků jako platformu pro plánování a rozvoj služeb (online, Akční plán duševního zdraví pro Evropu, 2005).

2.2.4 Evropská Unie (EU)

V oblasti duševního zdraví Evropská ministerská konference Světové zdravotnické organizace (WHO) o duševním zdraví v lednu 2005 stanovila rámec pro komplexní opatření a politický závazek v oblasti duševního zdraví. Vyzvala Evropskou komisi, aby jako spolupracující partner konference v souladu se svými pravomocemi i očekáváními Rady a v rámci partnerství s WHO přispívala k provádění tohoto rámce opatření. V listopadu 2005 Komise zveřejnila **zelenou knihu „Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva“**, která je první reakcí na uvedenou výzvu. Navrhuje se v ní stanovit strategii EU v oblasti duševního zdraví. Cílem této zelené knihy bylo zahájit diskusi se širokým spektrem zainteresovaných subjektů. Po zveřejnění zelené knihy následovala dne 13. června 2008 konference EU o duševním zdraví, kde byl přijat **Evropský pakt za duševní zdraví a pohodu**. Politiky EU pomáhají chránit a zlepšovat duševní zdraví, zvyšovat povědomí o souvisejících problémech a vytvářejí evropský rámec pro spolupráci a sdílení osvědčených postupů mezi vládami jednotlivých zemí a příslušnými odvětvími, čímž se propojují politika, praxe a výzkum. Dosahování těchto cílů je úkolem Evropského paktu za duševní zdraví a pohodu, který má těchto pět priorit:

- prevence depresí a sebevražd,
- duševní zdraví mládeže a vzdělávání,
- duševní zdraví na pracovišti,
- duševní zdraví starších lidí,
- boj proti stigmatizaci a sociálnímu vyloučení (online, Zdraví-EU,13.6.2011).

2.2.5 OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)

OECD v oblasti duševního zdraví vydala v roce 2004 technický dokument č.17 s názvem **„Výběr indikátorů kvality péče o duševní zdraví na úrovni zdravotnických systémů v zemích OECD“**. Tento dokument představuje určitý konsenzus - doporučení mezinárodní skupiny odborníků v oblasti indikátorů kvality péče o duševní zdraví. Pomocí strukturovaného procesu přezkumu vědci vybrali soubor 12 indikátorů, které se zabývají čtyřmi klíčovými oblastmi: léčbou, kontinuitou péče, návazností péče a péčí o pacienty (online, OECD, 13.6.2011).

Na půdě OECD proběhla 26.-27.dubna 2010 v Paříži konference s názvem **„Bringing the pieces together“** – setkání odborníků v oblasti duševních onemocnění, invalidity a práce. Jeden z bodů říká, že: *„Výzvy a doporučení pro podporu zaměstnanosti a sociálního začlenění lidí s duševním onemocněním v oblasti zdravotních a sociálních služeb jsou:*

- *posílit komunikaci a interakci mezi zdravotní a sociální oblastí a zvětšit množství integračních akcí*
- *zajistit zapojení a účast lidí s psychickými problémy v politice a rozhodovacích procesech*
- *dokončit proces desintitucionalizace se zvýšeným rozvojem alternativních řešení“* (online, OECD, 15.4.2011)

2.2.6 Další dokumenty v oblasti práv duševně chorých pacientů

Práv duševně nemocných se týkají zejména dvě listiny, a to Deklarace práv duševně nemocných a Deklarace lidských práv a duševního zdraví (online, Česká asociace pro psychické zdraví, 30.1.2013).

- Deklarace práv duševně nemocných

Byla přijata Světovou federací duševního zdraví v roce 1989 v Luxoru. **Stanovuje základní oblasti, v nichž mohou být lidská práva duševně nemocných nejčastěji ohrožena**, a to někdy i jednáním samotného nemocného. Velmi významná pasáž tohoto dokumentu uvedená v preambuli se týká diagnostiky duševní poruchy. Výslovně se uvádí:

„Diagnóza duševní choroby bude lékaři stanovována podle přijatých medicínských, vědeckých a etických norem a obtíže v adaptaci k morálním, sociálním, politickým a jiným jevům by neměly být považovány za duševní poruchu“. Dál se v textu uvádí, že: *„Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané (odst. 1), ...má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti (odst. 2), ... Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měli přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné (odst. 4), ... Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití ...“* (Deklarace práv duševně nemocných, 1989).

- Deklarace lidských práv a duševního zdraví¹¹

Tato deklarace vychází z textu luxorské deklarace a v některých pasážích je s ní totožná. Byla vyhlášena v roce 1989 Mezinárodní federací duševního zdraví. **Zdůrazňuje základní lidská práva a odvozuje z nich základní postuláty, pokud jde o duševně nemocné**, a to nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných okolností za vyčleněného z lidské společnosti, jednat s ním jako s rovným, byť by tuto představu svým myšlením, chováním, konáním a stavem narušoval, chránit jeho práva ve všech ohledech, byť si jich není vědom, nebo nedává najevo, že si jich vědom je, informovat jej o stavu sociálním a zdravotním, o možnostech nápravy a léčby, být mu nápomocen, informovat jej o jeho právech, respektovat je a pomáhat k jejich dosažení (Deklarace lidských práv a duševního zdraví, 1989).

Oba dokumenty jsou však pouze určitými doporučeními. Nejsou právně závazné. Podobných dokumentů je více. Ráda bych např. ještě zmínila **Mezinárodní listinu práv**

¹¹ Celé znění deklarace je uvedeno v příloze.

hospitalizovaných psychiatrických pacientů přijatou Americkou psychiatrickou asociací v roce 1992 nebo **Evropskou chartu pacientů postižených demencí a těch, kteří o ně pečují – deklarace Alzheimer Europe**. Tato deklarace byla diskutována na výročním sjezdu Evropské alzheimerovské asociace v Lucernu (7.- 9. května 1998). Evropská alzheimerovská asociace reprezentuje 3,5 milionu lidí postižených demencí a jejich rodiny ve více než 20 evropských zemích. Jako občané Evropy také oni mají právo na to, aby jejich potřeby byly respektovány. Evropská alzheimerovská asociace uznává, že demence jsou chronickým onemocněním, které způsobuje omezení a ztrátu soběstačnosti se všemi sociálními důsledky. Proto se Evropská alzheimerovská společnost zasazuje o prosazování práv a naplňování potřeb lidí postižených demencí i těch, kteří o ně pečují v každé evropské zemi (online, Česká Alzheimerovská společnost, 30.1.2013).

2.3 Právní rámec ČR

V roce 1993 čerstvě vytvořená Česká republika přijala Ústavu včetně Listiny základních práv a svobod. To se stalo zárukou rovného zacházení pro všechny občany (Scheffler, 2008). Česká republika však **dodnes postrádá samostatný zákon na ochranu osob duševně nemocných**, který by vedle principů, cílů a systému péče o osoby s duševní poruchou upravil a chránil práva této skupiny pacientů v situaci, kdy je v průběhu nemoci a následné léčby zasahováno do řady jejich základních práv: práva na osobní svobodu a bezpečnost, práva na zachování lidské důstojnosti, práva na soudní ochranu a účast v soudním řízení, práva na informace a ochranu svých osobních údajů, jak to vyžaduje Úmluva o biomedicíně a Rezoluce OSN. Takový zákon mají všechny vyspělé státy EU (online, Národní rada osob se zdravotním postižením, 20.1.2013).

Na poli patientských práv obecně byl přijat již zmíněný **Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách**. Žádný jeho paragraf se na práva duševně chorých pacientů nespecializuje.

Za zmínku ještě stojí **Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (Antidiskriminační zákon)**. Tento zákon vymezuje mimo jiné právo na rovné zacházení a zákaz diskriminace ve věcech přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování pro osoby se zdravotním postižením. Dle tohoto zákona zdravotním postižením rozumí „*tělesné, smyslové, mentální, duševní nebo jiné postižení, které brání nebo*

může bránit osobám v jejich právu na rovné zacházení v oblastech vymezených tímto zákonem“ (Zákon č. 198/2009 Sb.).

Přestože se objevují snahy o zlepšení vztahu společnosti k lidem s duševním onemocněním, stále jsou patrné velké nedostatky. V rámci legislativy ČR v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním chybí jednotná koncepce. Chybí zákon, který by péči o tyto lidi upravoval.

2.4 Současná situace v péči o duševně choré pacienty v ČR

V řadě evropských států již delší dobu můžeme zpozorovat tendence k deinstitucionalizaci, tedy postupné přeměně klasické psychiatrické péče probíhající v různých zařízeních na tzv. systém komunitních služeb. Česká republika v tomto ohledu poněkud zaostává. V rámci péče o lidi s vážnějším psychickým onemocněním hrají instituce stále důležitou roli, i když větší města už alespoň nabízí širší spektrum možností. Dle Národní rady osob se zdravotním postižením však **bohužel dochází k porušování práv osob s duševním onemocněním**. Česká republika nedisponuje žádnými právními normami, jež by specificky ochranu osob s duševními chorobami upravovaly. **Mezi nejčastěji porušovaná práva duševně nemocných lidí u nás patří právo na informovaný souhlas** (nedobrovolná hospitalizace a léčba), **právo na styk s nezávislým orgánem pro podávání stížností** (na uzavřeném oddělení to často není možné), **právo na soukromí a lidskou důstojnost a právo na účast v soudním řízení a soudní ochranu** (sem spadá např. i problematika posuzování způsobilosti k právním úkonům či výkonu opatrovnictví - měli by jej zajišťovat vzdělaní sociální pracovníci, což se často neděje). Tyto nedostatky konstatoval i ombudsman Otakar Motejl v roce 2008 při neohlášené inspekci osmi psychiatrických léčeben. Zmiňuje například, že v uzavřených příjmových odděleních žijí pacienti několik měsíců, mnohdy i let, bez jakéhokoliv soukromí a v neustálém hluku a ruchu. Chybí klidové zóny, kam by se mohli uchýlit. Pohromadě se zde nacházejí osoby s nejrůznějšími duševními problémy - jsou zde umísťováni lidé s poruchami osobnosti, schizofrenií, sexuálními deviacemi, a zároveň i mentálně postižení pacienti apod. Ve výsledku zde tedy žijí kupříkladu pachatelé trestných činů spolu s lidmi mentálně velmi křehkými, což může vést k rozvoji šikany a dalšímu prohlubování psychických potíží. Dalším nepříjemným zjištěním pro ombudsmana bylo třeba nedostatečné soukromí pacientů při provádění hygieny. V gerontopsychiatrických odděleních jsou choulostivé úkony prováděny volně před zraky ostatních osob na pokoji. V žádné z

navštívených léčeben se lidé nemohou zamykat na toaletách, někde chybí v kabinkách dveře nebo byly dokonce zrušeny i samotné kabinky. Jinde probíhá sprchování pod dohledem personálu opačného pohlaví. Jedním z důvodů nepříznivého stavu je i malá podpora vzdělávání pacientů a jejich blízkých, ale i lékařů a dalších zdravotníků o právech duševně nemocných. Zejména chybí nástroje ochrany a vymahatelnosti práv, chybí podpora pro organizace i jednotlivce hájící práva duševně nemocných. „**Advokát hájící ex offio práva vraha dostane za jeden úkon až 5x více než advokát ustanovený za opatrovníka hájícího práva a zájmy duševně nemocného. To jistě ovlivňuje i míru zájmu o tuto obtížnou práci**“ (online, Národní rada osob se zdravotním postižením, 20.1.2013).

Psychiatrická péče se u nás bohužel setrvale potýká s finančními problémy. Proto nelze mnohá práva fakticky dodržet a i přes úsilí zdravotníků se kvalita péče nezlepšuje, spíše se mnohde zhoršuje. Na psychiatrii směřuje 3,7 % všech výdajů na zdravotní péči, což je o dost méně oproti jiným medicínským disciplínám. Léčebnám dle konstatování ombudsmana chybí každý den asi 400 korun na pacienta, což činí asi 150 000 korun za rok. Nabídka a kvalita služeb v rámci stávajícího systému péče o osoby se závažným duševním onemocněním se ukazuje jako nedostatečná a nejednotná. Porovnáním nabídky služeb se zahraničím (Velká Británie, Holandsko) se ukázalo, že v České republice některé typy služeb zcela chybí, jiné fungují v nedostatečné míře. Zastoupení jednotlivých profesí v rámci těchto služeb se také jeví jako ne zcela vyhovující (online, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 20.1.2013).

Aby se situace v České republice zlepšila, je potřeba přijetí lepšího zákona na ochranu práv duševně chorých pacientů, taktéž je potřeba zlepšit financování psychiatrické péče tak, aby bylo možné práva duševně nemocných prakticky naplnit a posílit jejich vymahatelnost a vytvořit záruky na dodržování práv duševně nemocných. Je také potřeba podpory vzdělávání lékařů i nelékařů o právech pacientů, zejména pak duševně nemocných pacientů (online, Národní rada osob se zdravotním postižením, 20.1.2013).

3 Psychické limity realizace práva: Vztahy mezi lékařem a pacientem

Dobrý vztah mezi pacientem a lékařem je mocnou léčebnou zbraní, která je často účinnější než medikace. Zlepšuje farmakologickou i chirurgickou léčbu, snižuje počet neodborných ošetření a podporuje tradiční představu lékaře jako člověka obdařeného nevyčerpatelnými schopnostmi, plného odvahy a optimismu. Poslední dobou se však hovoří o krizi současné medicíny. Obvykle tento pojem souvisí s neustále rostoucími náklady. Z hlediska lékaře a pacienta je však mnohem významnější ta část krize současné medicíny, která plyne z nedostatečné citlivosti, komunikace, zájmu, pochopení a soucitu. Je to krize vzájemného vztahu lékaře a pacienta (Hořejší, 1998).

Co však znamená vztah mezi pacientem a lékařem? Všeobecně se pod vztahem lékař - pacient rozumí: *“Souhrn sociálních podmínek a způsobů jednání ve vzájemném působení mezi lékařem a pacientem a vztah lékaře k předmětu své činnosti”* (Bártlová, 2005, s.120). Dle Hořejšího (1998, s. 210) je to: *„spíše živá a neustále se vyvíjející interakce dvou lidských bytostí, proces vytváření důvěry a vzájemného respektu. Je to interakce ovlivňovaná a formovaná jak znalostmi, zkušenostmi, obratností a laskavostí lékaře, tak i osobností pacienta, jeho životní situací i zdravotním stavem“*. Vymětal (Janáčková, Weiss, 2008, s.65) tento vztah zase definuje jako: *„vztah mezi lékařem a pacientem, který je dán vzájemným očekáváním a tím, do jaké míry jsou tato očekávání naplňována oběma stranami“*. Tento vztah je ve vyspělých státech zkoumán již od 50. let 20. století a výzkum pacient – lékař patří ke klíčovým výzkumům sociologie medicíny (Bártlová in Štěpánová, 2009).

Vztah lékař – pacient je v dnešní době podrobován těžké zkoušce. Je odrazem stavu naší společnosti, ve které vztahy mezi lidmi navzájem obecně chladnou. Dříve byl lékař daleko více uctíván nejen proto, co umí, ale i pro to, co ví. Dnes má přístup k vědomostem skoro každý člověk, který má přístup k internetu a vědomost jako taková ztrácí svou hodnotu. Do vztahu lékař a pacient zasévá nedůvěru mimo jiné i právní stránka medicíny. Pacient se může obávat, že lékař chirurgický zákrok neprovedl správně. To platí i ze strany lékaře. Ten může pacienta podezřívát z toho, že si správně vedenou léčbu bude vykládat v něčem jako chybu, protože neplní pacientovo očekávání a bude ho chtít žalovat. Z toho důvodu byl na řadu výkonů vypracován informovaný souhlas, tj. dokument, který pacient podepisuje s tím, že souhlasí s určitou léčbou či vyšetřením a bere na vědomí komplikace, které se mohou vyskytnout. Vzájemnou důvěru to ovšem neposiluje (online, Beran, FN Plzeň)

Také nenaplněná očekávání lékařů i pacientů bývají zdrojem mnoha vzájemných komunikačních a postojoyvých nedorozumění. Pacient od lékaře očekává zvýšený zájem o

svou osobu, rychlé zmírnění, odstranění symptomů, respektování lékařského tajemství, podporu, informace, profesionalitu a lidskost. Lékař naopak od pacienta očekává poslušnost, vděčnost, zlepšení jeho zdravotního stavu až úzdravy a spolupráci. Jejich vzájemný vztah je utvářen i jejich případným osobnostním charakterem. Lékař i pacient mohou být např. úzkostní, depresivní, mohou mít sklon k podezíravosti, pedantství apod. (Janáčková, Weiss, 2008). Je potřeba si také uvědomit, že vnímání nemoci se ze strany pacientů a ze strany lékařů nezdá lišit. Anglosaská literatura označuje tyto odlišné koncepty dvěma odlišnými termíny: „illness“ označující prožitkovou úroveň a výkladový model pacienta (do češtiny se nejčastěji překládá jako „stonání“), a „disease“ označující vědecký model onemocnění (do češtiny se nejčastěji překládá jako „porucha, nemoc, choroba“). Při akutním onemocnění se pacient snáze přizpůsobí medicínskému modelu a ochotněji přistoupí na požadavky léčby než při onemocnění chronickém, které dlouhodobě ovlivňuje jeho život. Každá nemoc zasahuje nejen do biologické, ale také do psychologické a sociální sféry postiženého a je potřeba si uvědomit, že pacient přichází jako osobnost a nikoli jako „porouchaný stroj“, který je nutné opravit (Honzák, 1997). Přístup lékaře se tedy musí měnit podle individuality pacienta a povahy jeho onemocnění. Proto je pozitivní vztah mezi lékařem podstatně méně choulostivý např. u dítěte s akutním zánětem slepého střeva, které je rychle vyléčeno okamžitým odstraněním slepého střeva, než u staršího pacienta s chronickou chorobou, vyžadující v průběhu dlouhého období opakované léčebné a chirurgické zákroky (Hořejší, 1998).

Důležitým aspektem vztahu mezi lékařem a pacientem je také jejich vzájemné postavení vůči sobě. Vztah lékař versus pacient (z hlediska zdravotníků) a trpící chudák versus lékař (často z hlediska pacientů) je častým problémem a úskalím v oblasti zdravotnictví. Ať jsou zdravotnické služby placené nebo zdarma, ať jsou soukromé nebo veřejné, ať za služby platí pacient nebo zdravotní pojišťovny, žádný z dvojice by neměl mít navrch. Bez dobré vůle, trpělivosti a i laické zasvěcenosti pacienta to nefunguje a bez odbornosti, trpělivosti a lidského přístupu lékaře už vůbec ne (Ventura in Štěpánová, 2009). Je však tento rovnocenný vztah možný?

3.1 Od paternalismu k partnerství

Paternalistický vztah státu k občanovi, který u nás byl uplatňován v uplynulých čtyřiceti letech, se nemohl neodrazit i v medicíně. Tak se stávalo, že jsme do lékařských ordinací a nemocnic přicházeli v roli nesvéprávných jedinců či nedospělých dětí a svěřovali se do rukou

vševědoucích lékařů. Ti nám toho sami od sebe moc neřekli, a pacienti se ostýchali, nebo dokonce báli ptát (Hořejší, 1998). V současné medicíně se zdůrazňuje, že by měl fungovat vztah **vzájemné participace**. Vztah paternalistický by se měl nahrazovat **vztahem partnerským** (Bártlová in Štěpánová, 2009). Paternalistický vztah prošel od 60. let velkou proměnou, která souvisí se změněným obrazem nemoci, s nárůstem chronologických a civilizačních nemocí často s nepřehlednou etiologií, vázanou na životní styl člověka a celé společnosti. To vedlo lékaře k tomu, aby v rámci úspěšnosti léčby aktivně zapojili pacienta do procesu léčby. Tak se z autoritativního lékaře, který vydává „rozkazy“, co má a nemá pacient dělat, stává vedoucí týmu, který kontroluje, doporučuje, radí. Také pacient už není jen objektem léčby, ale plně se angažuje a účastní v léčebném procesu. Své nemoci má tak šanci porozumět a to, jak ji vnímá, jak ji prožívá, jak ji rozumí má velký význam při sestavování diagnózy a volbě terapie (Bártlová in Štěpánová, 2009). Pro tento vztah založený na partnerství a aktivní spoluúčasti pacienta je charakteristické vedení informačně plnohodnotného a obě strany uspokojujícího dialogu. Zde je důležité umění naslouchat a slyšet, umění klást otevřené otázky, tedy dotazy, které dovolují nemocnému vysvětlit, co prožívá a jak svůj stav hodnotí, umění empatie a přiměřené emoční reakce a umění shrnout pacientovo sdělení na důkaz jejich porozumění. Jako určitý návod či pomůcka pro správnou komunikaci s pacientem může lékařům sloužit postup prosazovaný Maastrichtskou školou, který je zaměřen na zjišťování a sdělování informací z oblasti biologické a emoční ¹² (Honzák, 1997). Podle Vymětala (Janáčková, Weiss, 2008) je tento partnerský vztah založen na vlastní spolupráci tím způsobem, že nemocný lékaře plně a včas informuje o všem důležitém a spolehlivě dodržuje lékařova doporučení a nařízení. Vztah lékaře k nemocnému by měl být sice méně autoritativní a více rozumějící, ale tou měrou by měl být také vztah pacienta k lékaři méně submisivní a méně pasivní. Nemocný by měl pomoci budovat vztah partnerský, ve kterém by byl aktivnější, a současně by měl převzít větší díl zodpovědnosti sám za sebe, za průběh své nemoci a za výsledek léčení (Janáčková, Weiss, 2008). Také Česká lékařská komora ve svém etickém kodexu říká, že: „*Lékař se má vzdát paternalistických pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví*“ (Etický kodex ČLK, 1995).

Podle Berana (1997) je navíc tento vztah partnerství pro určité skupiny pacientů daleko přínosnějším. Ukázalo se, že např. někteří hypertonici¹³ jsou velmi citliví na míru asymetrie

¹² Celé znění Maastrichtského anamnestického a poradenského postupu je uvedeno v příloze.

¹³ Hypertonici – lidé trpící zvýšeným krevním tlakem (online, slovník cizích slov, 2.10.2012)

vztahu. Pokud je lékař příliš dominantní a autoritativně rozhoduje a dává pokyny bez vysvětlení, vzbuzuje u pacientů skrývanou agresi a agresivní pocity vedou ke zvyšování hodnot krevního tlaku. Podle něj tento nebo obdobný mechanismus můžeme předpokládat i u jiných skupin nemocných.

Pokud má být tedy léčení úspěšné, vyžaduje to aktivní účast nemocného a partnerský vztah mezi lékařem a pacientem. Charakteristiku tohoto vztahu můžeme najít i u Stewarta a Roter (Bártlová in Štěpánová, 2009), kteří podle stupně kontroly z lékařovy a pacientovy strany vymezili čtyři typy interakčních vztahů. Jako první uvádí **paternalistický vztah**, kde lékařova kontrola je vysoká a pacientova poměrně nízká. Druhým typem vztahů je **vztah partnerský** (nebo vzájemný), kde kontrola u lékaře i pacienta je vysoká – oba přinášejí do interakce vlastní poznatky. Lékař se na interakci podílí klinickými znalostmi a zručnostmi, pacient vlastní interpretaci choroby, zkušenostmi, očekáváním, pocity. Základ tohoto vzájemného vztahu tvoří výměna názorů. Ve třetím typu, **konzumentském**, aktivně dominuje lékař. Lékař je závislý na přání pacienta v důsledku svého finančního zabezpečení. Tento typ vztahu vzniká v podmínkách tržní konkurence. Ve čtvrtém typu vztahu převažuje nízká kontrola jak ze strany lékaře, tak i pacienta. Tato **zanedbaná, nevýrazná interakce** znamená, že lékař redukuje svou kontrolu po dobu konzultace s pacientem a pacient je bojácný při vyjednávání.

Sasze, Knoff a Holandr (Bártlová in Štěpánová, 2009) zase vymezili jiné tři typy vztahů mezi lékařem a pacientem, a to:

- 1) Vztah **aktivita – pasivita**, kdy se pacient chová pasivně, není sám schopen jednat, reagovat, odpovídat, zatímco lékař je ten aktivní. V praxi je to situace, kdy pacient je v šoku, kómatu, deliriu apod. Vztah lékaře k pacientovi zde můžeme přirovnat ke vztahu rodiče k bezmocnému kojenci.
- 2) Vztah **vedení – spolupráce**, kdy se pacient podílí na procesu svého uzdravování. V tomto vztahu lékař působí na nemocného tak, aby aktivně spolupracoval na svém uzdravení v rozsahu svých rozumových schopností. Lékař v tomto vztahu má pacienta odborně vést k účelnému jednání za jeho spoluúčasti. V praxi se jedná např. o případy akutních infekčních onemocnění a tento vztah můžeme přirovnat ke vztahu mezi rodičem a dospívajícím dítětem. Postavení pacienta je zde vyjádřeno slovy: *“Řekněte mi, co mám dělat, a já budu poustupovat podle vašich rad“* (Bártlová, 2005, s. 121). Tento vztah je zatím u nás nejrozšířenější. Na první pohled se může zdát, že je tento vztah o něco demokratičtější, než předchozí, avšak obsahuje mnoho prvků paternalismu, protože nemocný je zde v roli závislého, méně odpovědného člověka.

- 3) Vztah **participace**, kdy lékař je průběžně rádcem pacienta a snaží se o to, aby si pacient byl schopen pomoci sám. Tento vztah se nejčastěji týká chronických onemocnění, kdy jsou důležité pravidelné konzultace mezi lékařem a pacientem. V praxi se to týká např. léčení cukrovky apod. Tento vztah můžeme přirovnat ke vztahu dospělého člověka k jinému dospělému člověku.

Přibližně v polovině 20. století byla přijata tzv. **georgetownská mantra** v oblasti bioetiky, která zahrnuje principy dobročinnosti, neškodění, autonomie a spravedlnosti. Na tomto základě se stává pacient spoluzodpovědným za své léčení. Svobodně si může zvolit svého lékaře a má právo konzultovat všechny postupy. Jeho rozhodnutí může být chybné, ale má na ně svrchovaný nárok. Rovnocenný partnerský vztah však nikdy nenastane. Je to dáno především tím, že pacient je v nemocnici kvůli tomu, že jej něco bolí, že trpí a je tedy vždy v pozici slabšího. Pacient navíc nikdy nemůže mít lékařovy zkušenosti a znalosti (online, Vácha, 18.10.2012).

3.2 Úloha zdravotní sestry

Důležitou roli pro pacienta hraje také zdravotní sestra. Sestra obvykle mívá s pacientem častější a užší kontakt než lékař. Pomáhá pacientovi v nejrůznější směrech, jako je např. plnění jeho základní biologických potřeb (např. jídlo, pití, osobní hygiena apod.) nebo obstarává jeho osobní přání a potřeby. Sestra také nahrazuje společenské vztahy. Je jediná v pravidelném styku s pacientem, je spojkou se světem, se zdrojem informací, je „strážkyní zájmů pacientů“. Je také prostředníkem ve vztahu mezi lékařem a pacientem. Pomáhá vytvářet v pacientovi důvěru k lékaři, což je částí její odpovědnosti. Pro nejlepší terapeutické výsledky je dobré, aby vztah lékař – sestra – pacient byl harmonicky integrovaný (Bártlová in Štěpánová, 2009). Důležitou vlastností sestry je také umět komunikovat s pacientem. Podle Bullougha (1990) by sestry měly být schopné vést s pacienty perspektivní rozhovor a být přizpůsobivé a flexibilní. Bohužel ne vždy je tento vztah sestra – pacient ideální. Sestry jsou často vystavovány zátěžovým situacím plynoucím jak ze statické a dynamické náročnosti práce, kdy musí být na nohou celý den nebo noc, tak i z požadavků na vyšší zodpovědnost za výsledky a následky své práce. Často jsou nuceny rychle a samostatně rozhodovat a pružně reagovat. Vyžaduje se od nich vysoká míra profesionality, spolupráce a zvládání interpersonálních konfliktů (Bartošíková, 2006). Tato úloha není jednoduchá a pokud se sestrám nedostává dostatečné podpory a odměny, snadno a rychle vyhoří, což se pak odrazí ve

vztahu k pacientům. Navíc samotná role pacienta je vždy více či méně spojena s konfliktními situacemi. Mnohdy tyto potíže vyplývají z rozkladu jednání – v jeho rolích. Pacient bývá před nemocí zaměstnaný, nezávislý a schopen sám o sobě rozhodovat. V nemocnici nebo jiném zdravotnickém zařízení je pak nemocný a závislý a musí poslouchat nařízení, což se mu nelíbí a dává to najevo (Bártlová in Štěpánová, 2009). Ne vždy je však vztah mezi sestrou a pacientem konfliktní a sestra bude mít vždy nezastupitelnou úlohu v poskytování zdravotní péče.

U nás je bohužel role sestry značně omezena a sestry výkon sestry se často omezuje pouze na nemocnice a další zdravotnická zařízení. V Pensylvánii např. funguje program Transitional Care Model, ve kterém sestry pečují o staré pacienty, u nichž je po propuštění z nemocnice nejvyšší riziko relapsu. Po celé tři měsíce vykonávají sestry domácí návštěvy, doprovázejí pacienty k lékaři a spolupracují jak s ošetřujícím lékařem, tak i domácími pečovateli a rodinou. Ne každý pacient se do tohoto programu dostal (především proto, že některé pojišťovny odmítaly tuto péči platit), ale předběžné výsledky ukázaly, že se riziko relapsu snížilo o 15 procent a náklady na léčbu o 5 tisíc dolarů na pacienta. Výsledky publikované v časopise *Journal of American Geriatric Society* pak prokázaly, že tento typ péče u pacientů se srdečním selháním prodloužil dobu mezi hospitalizacemi a snížil celkový počet hospitalizací (online, Větvicka, 18.10.2012). Můžeme jen doufat, že i u nás vznikne něco podobného a sestry budou pacientům ještě blíže.

I když dřívější lékaři neměli k dispozici moderní přístroje ani drahé léky, neznali zdaleka tolik, jako ti dnešní, a mohli také méně dělat, měli zhruba až do poloviny 20. století mnohem vyšší kredit. Potom se začala medicína zabývat spíše populací, a nikoli jednotlivcem. Začala se více zajímat o křivky a statistické významnosti než o pacienta. Dnešní medicína se zabývá spíše hledáním řešení pro budoucnost než hledáním řešení pro dnešního pacienta. Jako celek nabízí stále více, jednotlivým pacientům se však nedostává toho, co potřebují nejvíce. Žádná společnost nemá tolik finančních prostředků, aby mohla zaplatit vše, co medicína dokáže. Navíc žádný zdravotnický systém neumí zorganizovat své služby tak, aby se dostalo všem té péče, kterou v daném okamžiku potřebují. Technologie nepřinášejí jen nové, převratné možnosti diagnostiky a léčby, ale také nové problémy: medicínské, ekonomické, sociální, psychologické, právní a etické. Většina z nás může vidět medicínu jako neosobní, většina vlád jako příliš drahou. Pro farmaceutické a přístrojové firmy se naopak stala medicína výnosným trhem a zdrojem příjmů (Hořejší, 1998). Dle Hořejší (1998) by medicína měla obnovit tradiční humanitární principy, aby mohla lépe sloužit nemocným lidem.

4 Ekonomické limity povinné solidarity

Medicína je velmi důležitý obor. Bojuje proti bolesti a utrpení, proti nemoci a smrti. Současná medicína nabízí nesrovnatelně více, než mohla nabídnout medicína uplynulých tisíciletí. Včasné očkování umožnilo téměř vymýtit řadu dříve smrtelných přenosných chorob, chirurgové dokážou transplantovat životně důležité orgány, ortopedové vyměňují klouby za umělé, genetické včas odhalují hrozící dědičná onemocnění apod. Díky tomu všemu se prodloužila průměrná délka lidského života ve vyspělých zemích zhruba o 25 let (Hořejší, 1998). Hlavním problémem současné medicíny je dostupnost pro všechny, kdo pomoc potřebují. Když vynecháme mnohé rozvojové země (např. to, že ve světě umírá ročně asi milion lidí pro nedostatek antimalarik), vzniká problém dostupnosti i ve vyspělých zemích. Dle Schreibera (2000) je to dáno třemi faktory:

- 1) zvyšování diagnostických a léčebných možností, ovšem finančně nákladných,
- 2) časovými a organizačními důvody, pro které se na všechny nemocné vrcholná péče nedostane,
- 3) ekonomickými důvody: zvětšují se rozdíly mezi chudými a bohatými, zajištění péče o chudé, často i střední vrstvy, pojištěním nedostačuje a jeho zvyšování je sociálně i politicky těžko průchodné (Schreiber, 2000).

Náklady na zdravotnictví neustále rostou. Např. v Británii se výdaje ve zdravotnictví za posledních deset let téměř zdvojnásobily – z 23 miliard liber vzrostly na 45 miliard (Le Fanu, 2001). Lékaři jsou často nuceni k omezování nákladů a většina diskuzí o medicíně se týká nikoli nejnovějších objevů či vztahu lékař – pacient, nýbrž toho, kolik to bude stát a kdo to zaplatí.

Nárůst nákladů na zdravotnictví má dle Hořejšího (1998) hned několik příčin:

- Probíhají zásadní demografické změny, které se projevují zejména klesající porodností v menší části světa a naopak rychlejším zvyšováním počtu obyvatel v části větší. V celém světě se pak zvyšuje podíl starších osob v populaci a nepříznivě se mění poměr mezi produktivními a neproduktivními příslušníky společnosti.
- Mění se struktura a charakter nemocnosti a úmrtnosti. Přibývá zejména chronických onemocnění vyžadujících dlouhodobou zdravotnickou i sociální péči (např. demence, Alzheimerova choroba, respirační choroby atd.).
- Především díky migraci se objevují nové a staronové choroby (AIDS, TBC) a nové společensko-zdravotnické problémy (drogy, sexuálně přenosné choroby).

- Medicína má k dispozici stále více účinných léků a moderních technologií, ale to vše také stále více stojí.
- Medicína se stále více zaměřuje na nejtěžší a nejdramatičtější stavy a choroby, jež byly dříve považovány za beznadějně a kde i dnes je poměr šance na vyléčení a rizika selhání velmi nepříznivý. Dává šanci i těm nejtěžším případům srdečního, jaterního či ledvinového selhání, nádorovým onemocněním i poruchám srdečního rytmu.
- Nové moderní léky a méně invazivní postupy (např. odstraňování kamenů litotrypsií místo operací) dovolují léčit řadu chorobných stavů pouze ambulantně, bez dlouhodobé hospitalizace, a počet provedených výkonů tak prudce roste.
- Veřejnost tak očekává a vyžaduje od medicíny stále více.
- Existence stále většího počtu činných, ale drahých technologií znemožňuje u řady chorob platby ze soukromých zdrojů a posiluje roli třetích plátců, což ztěžuje kontrolu výdajů a umožňuje jejich růst.
- Pokud nejsou zavedeny účinné kontrolní mechanismy, vede tento způsob plateb i k nadměrnému počtu lékařů, lůžek, zdravotnických zařízení a jejich výkonů.
- Všechny uvedené faktory přilákaly do medicíny i široké spektrum komerčních zájmů a podnikatelských aktivit a změnily medicínu z charitativní organizace ve zdravotnicko-průmyslový komplex zaměřený nejen na péči o pacienty, ale také na dosažení zisku (Hořejší, 1998).

S ekonomickými problémy úzce souvisí kvalita poskytované péče. V České republice je systém vzdělávání a doškolování lékařů a zdravotních sester na úrovni srovnatelné s vyspělými evropskými státy. Jejich odměňování však této kvalitě neodpovídá. Často se tedy stává, že lékaři a zdravotní sestry odcházejí do jiných zemí EU v rámci volného pohybu pracovníků. K nám pak přicházejí lékaři a sestry z méně rozvinutých zemí EU a třetích států, kteří nemají tak kvalitní průpravu. Jak už bylo zmíněno, léky a technika se velmi rychle vyvíjejí a zdražují a ordinace se pak nejsou schopny ze svých příjmů vybavit těmi nejmodernějšími prostředky (Tomeš, 2010). Je tedy skutečností, že při stále rostoucích nákladech na přístroje, léky a mzdy lékařů nemá současná medicína takovou kapacitu, aby poskytla vrcholnou péči všem. Lékař musí volit léčbu tak, aby nepřekročil limity dané pojišťovnou a současně možnosti, které pro finanční spoluúčast daný pacient má. Při stanovování diagnózy zase musí postupovat zdrženlivě, pokud vyžaduje pomocná vyšetření. Nemůže např. poslat všechny pacienty s bolestí hlavy na vyšetření počítačovou tomografií, ale toto nákladné vyšetření rezervovat pro ty, u kterých běžné „standardní“ postupy nestačí.

(Schreiber, 2000). Na zaplacení dnešní nabídky lékařské vědy už ovšem nestačí pouze systém založený na mezigenerační solidaritě, jako byl např. německý pojišťovací systém Bismarckova typu nebo francouzský systém sdílení nákladů formou družstev a vzájemností. Nezbyvá, než přidat „solidaritě k sobě samému“ – tedy jakési individuální šetření, kdy je člověk zdravý, mladý a ekonomicky aktivní, na dobu, kdy takový nebude. Kdo by měl však rozhodovat o tom, co a komu v rámci limitovaných rozpočtů poskytnout? Jestliže je třeba služby limitovat, musejí o tom rozhodnout politici, protože ti v demokratických státech zastupují občany. O tom, co si která země může či nemůže v zájmu svých občanů dovolit, musí rozhodnout politici a ekonomové (Hořejší, 1998). Jak ale určit rovnováhu mezi těmito rozpornými problémy, to je dilema, které je nedořešené nejen v České republice, ale i ve světě. A proto také všude ve světě se toto dilema neustále probírá, názory na řešení se různí, vyvíjejí se, různé vlády se snaží zavést efektivnější modely poskytování lékařské péče. Mění se principy, způsoby vlastnictví zdravotnických zařízení, způsoby financování i principy a rozsah lidské solidarity s nemocnými (Gladkij, 2003).

4.1 Financování zdravotnictví

V souvislosti s veřejným zdravotnictvím se nevyhneme etické problematice alokace zdrojů. V naší kultuře na základě našich filozoficko – náboženských kořenů panuje konsenzus o tom, že důstojnost lidské osoby je nezávislá na jejích ekonomických poměrech a tedy, že je nepřípustné, aby se někomu nedostávalo základní zdravotní péče jen proto, že na ni nemá finanční prostředky. To souvisí s principem spravedlnosti. Vyvinul se proto institut povinného zdravotního pojištění, jehož cílem je zaručit rovný přístup k základní zdravotní péči (Vurm, 2007).

Historicky byla zdravotní péče záležitostí osobní a problémem rodiny. Stát financoval jen nezbytné náklady na veřejné zdraví (ochranu obyvatelstva) (Tomeš, 2010). Koncem 19. století nastal v medicíně výrazný pokrok a mezi rozvíjející se medicínou a její finanční náročností se začaly objevovat první rozpory. Vznikl výrazný sociální problém, který se pokusili jako první řešit v Německu. Císař Vilém I. vydal v listopadu 1881 poselství, ve kterém ohlásil, že sociální zákonodárství se stane podstatnou složkou politiky německé říše a **sociální pojištění** bude opatřením nejvýznamnějším (Gladkij, 2003). Vznikl tak systém korporativního sociálního pojištění. Tento systém spočívá v tom, že stát vytváří institucionalizované struktury, jichž se občan musí účastnit, občan nebo zaměstnavatel musí

na financování těchto struktur přispět a občan tak získá právo na určité konkrétní dávky, jejichž podmínky a výše jsou předem definovány (Tomeš, 2010). Zdravotní péče je v tomto pojišťovacím modelu poskytována na základě povinného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění vychází z principu celospolečenské solidarity a sdílení zdravotního rizika všemi občany. Každý platí v závislosti na svých příjmech a dostává zdravotní péči podle potřeb (Durdisová, 2005). **Otto von Bismarck**, který se dostal do čela vlády, se zasloužil o to, že v letech 1883 – 1889 byly přijaty první zákony o pojištění nemocenském, úrazovém a invalidním. V Rakousku předseda vlády Taaffe zavedl pojištění nemocenské v průmyslu v roce 1888 (Gladkij, 2003). Tento systém se dnes uplatňuje ve většině západoevropských a středoevropských států, např. Rakousko, Německo, Francie, Holandsko, Belgie, Polsko, Slovensko. Československo, resp. Česká republika také přešla po roce 1989 na tento nám historicky a tradičně nejbližší systém (online, Finance.cz, 19.1.2013).

Korporativní pojetí solidarity bylo vystředáno **institucionálním (systémovým) pojetím**, v němž jsou sociální politika a instituce vnímány jako nezbytné integrální součásti veřejného (státního) uspořádání. Filozofický základ tohoto pojetí položili socialisté v 19. století. Zaručuje lidem rovné příležitosti a dostupnost základního vzdělání, základní zdravotní péče a výdělečné činnosti. Je založeno na redistribuci příjmů mezi skupinami obyvatel pomocí daňové soustavy. Ve Velké Británii přišel v roce 1942 předseda státní komise, sir **William Beveridge**, s návrhem na vytvoření **národního sociálního pojištění** (Tomeš, 2010). V Beveridgeově modelu národní zdravotní služby je zajištěna zdravotní péče pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnosti. Zdravotní péče je službou, kterou kupuje stát pro své občany. Z toho plyne, že úloha státu v tomto systému je centrální. Stát je převážným, ne-li výlučným vlastníkem zdravotních zařízení. Zdravotní péče je převážně financována z daní, ze státního rozpočtu. Více než 90% výdajů na zdravotní péči je hrazeno z veřejných prostředků (Vurm, 2007). Britský model inspiroval skandinávské státy a Nizozemsko, ty svou národní koncepci založily na státem zaručeném systému skromných jednotných dávek. Byl vzorem také československé poválečné reformy sociálního pojištění (národní pojištění, 1948) a inspiroval k přijetí zákona o národním pojištění (1948) ve Velké Británii a Československu (Tomeš, 2010).

Po vzniku Československa bylo nemocenské pojištění dělníků upraveno zákonem č. 221/1924 Sb., který upravil pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří (Gladkij, 2003). Prvorepublikový zdravotní systém tak byl založen na principu povinného zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění se však týkalo pouze námezdně pracujících. V tehdejší době u nás existovalo asi tři sta zdravotních pojišťoven. Z pojištění byla hrazena

základní zdravotní péče, kterou poskytovali praktičtí lékaři a veřejné nemocnice. Co se týče nemocenských dávek, patřilo v této době Československo v rozsahu nemocenských dávek a úrovně léčebné péče mezi přední státy Evropy (Vurm, 2007). Až v roce 1948 bylo nemocenské a důchodové pojištění sjednoceno do jednoho povinného systému zákonem č. 99/1949 Sb., o národním pojištění. Jeho správu převzala ústřední národní pojišťovna se systémem okresních národních pojišťoven. Kdo nebyl pojištěn, byl ošetřen a léčen za přímou úhradu (Gladkij, 2003). V roce 1951 byla převzata koncepce zdravotnictví ze SSSR. Systém povinného zdravotního pojištění byl zrušen a zdravotní péče se ocitla plně v rukou státu. Úhrady zdravotních služeb začaly být financovány z daní prostřednictvím státního rozpočtu (Zavázalová, 2008). Byl přijat zákon č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění. Právní a faktické ovládnutí zdravotnictví socialistickým státem bylo dovršeno zákonem č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči. Ústřední národní pojišťovna byla zrušena. Finanční prostředky ze státního rozpočtu přidělovalo Ministerstvo zdravotnictví krajským a okresním národním výborům přísně účelovým způsobem. Zdravotní péče se stala pro občana „bezplatnou“, bez přímé úhrady a byla financována pouze z daní prostřednictvím státního rozpočtu (Gladkij, 2003).

Již v průběhu osmdesátých let začalo být zřejmé, že dosavadní systém zdravotní péče v naší republice bude nutné změnit. Zdravotní stav obyvatelstva se stal v mezinárodním srovnání natolik nepříznivý, že poslední komunistická vláda tuto informaci prohlásila za tajnou a nesměla být tudíž v tisku ani jiných médiích publikována. Zároveň narůstala nespokojenost pracovníků ve zdravotnictví. Ta byla důsledkem dlouhodobého výrazného podfinancování celého resortu. V roce 1989 bylo např. investováno do zdravotnictví pouze přibližně 5% HDP. Platy zdravotnických pracovníků byly ve srovnání s výrobní sférou národního hospodářství výrazně nižší. Nespokojenost pracovníků umocňoval fakt, že celkové materiálně technické vybavení zdravotnictví se zhoršovalo. Mnoho zdravotnických zařízení postupně chátralo a v oblasti vybavení moderní technologií pro diagnostiku i terapii jsme zaostávali velmi výrazně z světovým standardem. Proto již velmi záhy po listopadu 1989 vznikla iniciativní skupina složená z lidí, kterým situace v oblasti zdravotnictví nebyla lhostejná, a kteří hledali cesty, jak tuto krizi ve zdravotnictví v České republice řešit. Velmi brzy se došlo k závěru, že problémy zdravotnictví nelze odstranit dílčími úpravami, ale že bude nutné přistoupit k zásadní reformě systému péče o zdraví. Za hlavní cesty byly považovány zavedení pojišťovacího systému a privatizace ve zdravotnictví (Tyl, 1998).

Základy nového systému zdravotní péče v České republice byly položeny v letech 1990 – 1993. V tomto období se změnilo i financování zdravotnictví. Rozeběhlo se všeobecné

zdravotní pojištění, které je povinné a založené na solidaritě. V rámci příprav na zavedení zdravotního pojištění byly přijaty dva zákony, a to **zákon ČNR č. 550/91 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění** a **zákon ČNR č. 551/91 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně**, které vytvořily právní rámec pro nový systém financování zdravotnictví. Oba zákony byly několikrát novelizovány. Snaha o vytvoření konkurenčního prostředí a nepřipuštění monopolu jedné pojišťovny vedly k přijetí **zákona ČNR č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách** (Gladkij, 2003). V České republice je péče o zdraví realizací lidského práva a vyžaduje tak povinnou solidaritu při jeho financování. Právo na zdraví je sice věcí soukromou, ale pojištění je povinné. U nás fungují současně soukromé pojišťovny spolu s veřejnou pojišťovnou jako záchrannou sítí pro nerozhodné (Tomeš, 2011). V současné Evropě je tedy individuální zdravotní péče financována **veřejnoprávním zdravotním pojištěním** nebo **nemocenským pojištěním**. V některých zemích je financována také soukromoprávními zdravotními pojišťovnami, kde stát vykonává dozor. Výjimečně pak může být financována i ze státního rozpočtu (např. Velká Británie) (Tomeš, 2010).

Zdravotní pojištění funguje jako určitý **stabilizující prvek veřejných financí**. Tam, kde stát hradí náklady na zdravotní péči, garantuje uhrazení jejich nákladů. Při sestavování rozpočtu však nemá informace, kolik bude třeba uhradit, neboť tyto údaje jsou známy až na konci roku státního závěrečného účtu. Ve veřejném zdravotním pojištění se stát zpravidla stává plátcem pojistného za výdělečné nečinné občany. Za kolik lidí bude platit a kolik, to ministr financí ví při sestavování státního rozpočtu. **Do sociálně nerovného vztahu mezi zdravotní službou (poskytovatelem) a pacientem tak vstoupil další subjekt – pojišťovna, jejímž úkolem je dohlížet na to, aby poskytovaná služba odpovídala její ceně a pojištěnec platil zákonné pojistné**. Pojištěnec platí pojišťovně pojistné a jako pacient se už nestará o cenu poskytované služby (Tomeš, 2010). **Zavedením zdravotního pojištění se umožnilo bez větších potíží oddělit financování zdravotní péče od státního rozpočtu, zprůhlednit financování zdravotnictví a vytvořit základní předpoklady pro systematické prohlubování a zkvalitňování zdravotní péče** (Gladkij, 2003).

V současné době je v České republice péče praktických lékařů hrazena kapitačně, tzn. výkonovou platbou, která je spojená s finančním zainteresováním lékaře na celkových nákladech na léčení jím registrovaných pacientů. Další součástí jsou platby na základě kontraktu s regionální administrativou a zajištění sociálních služeb (posudky a zprávy pro orgány správy sociálního zabezpečení). Část příjmu tvoří přímé platby za vyžádané výkony nad rámec pojištění. Pokud jde o ambulantní specializovanou péči, je u nás síť těchto

pracovišť hustší než v zemích EU. Úhrada této péče je realizovaná platbou za výkon. Nemocniční péče představuje důležitou a nákladnou část systému zdravotní péče. Forma úhrady nemocniční péče se postupně změnila. Původně pojišťovny hradily nemocnicím provedené výkony. V současné době jde o paušální platby, které jsou vztažené ke stejnému období (čtvrtletí) předcházejícího roku. Nedostatkem je zakonzervování neefektivnosti z roku 1997, kdy byl uplatňován výkonový systém úhrad. V některých nemocnicích se začal experimentálně používat systém DRG (diagnosis related group), tj. platby za diagnostickou jednotku. Oddělení zdravotního a nemocenského pojištění bohužel nepřivedlo pojišťovny ke komplexnímu pohledu na vnímání cen zdraví. Oba systémy na sebe nenavazují ani spolu nespolupracují, což oba prodražuje. Nekvalitní zdravotní péče může mít negativní důsledky nejen na čerpání dávek v nemoci, ale i na důchodové pojištění invalidních občanů. Zdravotní péče je pojišťovnami uhrazována bez ohledu na její kvalitu a na výsledný efekt na zdraví občanů. V důsledku toho jsou stále prováděna zbytečná nebo duplicitní vyšetření, je prováděna špatně indikovaná nebo zbytečná léčba. I přes tyto problémy se naše zdravotnictví rychle přiblížilo vyspělým zemím a financování zdravotní péče na bázi zdravotního pojištění je vhodné. I při jiném způsobu financování vznikají problémy. Např. ve Velké Británii, kde se státní zdravotnictví realizuje formou Státní zdravotní služby (NHS) se systém potýká s velkými potížemi, které mají negativní dopad na pacienty (např. dlouhodobé čekací doby na chirurgické zákroky apod.) (Gladkij, 2003).

5 Organizačně systémové limity: Privatizace nemocnic

K fungování nového zdravotního systému patří privatizace zdravotnických zařízení, která byla zahájena v roce 1992. Nešlo však o nový jev. Až do roku 1948 na našem území fungovali privátní poskytovatelé zdravotní péče. V roce 1948 však došlo ke zestátnění nemocnic a léčebných ústavů, znárodněn byl zdravotnický průmysl i distribuce léčiv a zdravotnické služby přešly pod Ministerstvo zdravotnictví (Gladkij, 2003).

V roce 1992 vzrostla neúměrně nabídka ambulantních specialistů, což rovněž vedlo k nadměrnému čerpání finančních prostředků bez efektů na zdravotní stav obyvatel (Gladkij, 2003). V porovnání s jinými úseky národního hospodářství se privatizační proces ve zdravotnictví opozdil, nebyl tak rozsáhlý a měl i poněkud jiné formy. Existovala koncepční nejasnost, jakým způsobem privatizaci v této oblasti provádět. Na jedné straně panovaly názory části odborné veřejnosti o tom, že zdravotnictví je specifické odvětví, kde může mít privátní vlastnictví zdravotnických zařízení pouze okrajový význam. Na druhé straně stáli lékaři, kteří měli o privatizování některých objektů zájem. Neměli ve většině případů však potřebné finanční prostředky. Svou roli zde hrály i počáteční nejasnosti ve způsobu financování všeobecného zdravotního pojištění a ve způsobu úhrad zdravotní péče. Pro zájemce o privatizaci jednotlivých zařízení bylo velmi obtížné dostatečně přesně odhadnout budoucí příjmy, a tím si učinit představu o svých budoucích finančních možnostech (Vepřek a kol., 2002).

Principy financování zdravotní péče v České republice se od doby jejího vzniku již několikrát změnily, kromě toho se také diferencovala vnitřní struktura zdravotnických subjektů. V podstatě se oddělila určitá část zdravotnických služeb do sféry privátní, část zdravotní péče zůstává nadále ve sféře státní. Již od roku 1992 se hledají vhodnější principy financování zdravotnických subjektů, hledá se optimální řešení, které by vyhovovalo všem zúčastněným stranám, neboť právě ve sféře zdravotnictví se výrazně projevuje základní, obecný rozpor typický pro všechny ekonomické subjekty, kdy „každý má neomezená přání, ale omezené zdroje“. Každá oblast zdravotnictví je v České republice financovaná poněkud jinak. Diferenciace zdravotnických subjektů probíhá u nás prakticky již od roku 1990. Rozdělení zdravotnických subjektů souvisí samozřejmě s postupem a průběhem privatizace zdravotnictví. Z původně zcela státních zařízení se postupně vyčlenily samostatné privátní subjekty. Privatizace se týkala a doposud i týká nejen oblasti poskytování lékařské péče či obecněji řečeno zdravotnických služeb, kdy vznikly a vznikají privátní ordinace, privátní zdravotní dopravy, soukromé laboratoře apod., ale privatizace zasáhla i do oblasti pozemku,

kdy byly privatizovány pozemky, dopravní prostředky i budovy včetně vybavení. Tak vznikla zcela samostatná privátní zařízení poskytující určité druhy zdravotní péče či jiné činnosti související se zdravotnictvím. V některých případech byly takto privatizovány i celé polikliniky, popřípadě i menší nemocnice (Gladkij, 2003).

5.1 Privatizace v 90. letech 20. století

Již brzy po roce 1989 bylo rozhodnuto, že část zdravotnických zařízení bude privatizována. Privatizace byla od počátku reformy považována za jednu z cest ke zlepšení kvality a efektivity poskytované péče (Tyl, 1998). V devadesátých letech minulého století se tedy začaly zavádět tržní principy do zdravotnictví, které bylo do té doby výhradně řízeno státem (Kalina, Jaroš, 2005). Kromě obecných zákonných norem (zákon č. 92/1991 Sb.) dalo pro privatizaci podnět vládní usnesení „**K záměrům transformace a privatizace zdravotnictví v České republice v roce 1992**“, které bylo přijato 4. března 1992. V článku 141 se rozlišovaly dva typy změn ve vlastnictví zdravotnických zařízení. Prvním typem změny bylo *odstátnění*, jímž se rozuměl převod vlastnických práv ze státu na města a obce. Druhým typem pak byla *privatizace*, kdy došlo k převodu vlastnických práv na fyzickou nebo právnickou osobu. Za privatizaci můžeme považovat také ty komerční organizace, které jsou vlastněné veřejnou správou (krajem). Tento jev se pak nazývá „*pseudoprivatizace*“. Dalším předpokladem pro privatizaci nemocnic byl **zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (č. 160/1992 Sb.)**, přijatý v dubnu 1992. Ten mimo jiné umožňoval vznik soukromých praxí lékařů, kteří nemuseli mít smlouvu s žádnou pojišťovnou. Tento zákon také stanovil, že pokud takovou smlouvu uzavřenou mají, pak musí dodržovat všechna pravidla kategorizace léčiv i výkonů. Při zvoleném systému úhrad za výkony bylo základním předpokladem zahájení privatizace vydání závazného **seznamu výkonů s bodovými sazbami za výkony** (vyhláška MZ ČR č. 258/1992 Sb.) (Vepřek, 2002).

V roce 1992 bylo dokončeno rozvolňování Okresních ústavů národního zdraví na menší celky. Počátkem roku 1992 existovalo 929 samostatných právních subjektů a všechny spadaly do státního sektoru (747 bylo řízeno okresními úřady, 182 přímo ministerstvem zahraničí). Koncem roku však již existovalo 3965 samostatných právních subjektů, z toho bylo 1012 ve státním sektoru a 2953 v nestátním sektoru. V nestátním sektoru pracovalo koncem roku již 1143 lékařů, především v ambulantní péči, ale na počtu vyšetření v ambulantní péči se tento sektor podílel zatím pouze 1,5% . Ke konci roku existovalo v České republice 180 státních

nemocnic a jen 3 nemocnice byly nestátní. Největší rozsah měla privatizace především v ambulantní sféře. Přijatelné podmínky pro privatizaci se podařilo vytvořit jak u všeobecných praktických lékařů, tak u ambulantních specialistů, zejména pak u stomatologů. Na obzvlášť nesnadné problémy se narazilo při pokusech o privatizaci nemocnic. Mnozí považovali za nejvhodnější formu odstátnění nemocnic formu neziskové organizace, což se však nepodařilo prosadit. Koncem roku 1992 vyjádřilo sice Ministerstvo financí v čele s Ivanem Kočárníkem zájem o uplatňování neziskového sektoru v rámci odstátnění a privatizace zdravotnických zařízení. Na Ministerstvu zdravotnictví byly ale názory v té době odlišné a po příchodu nového ministra zdravotnictví, Lud'ka Rubáše, převládl názor, že neziskové organizace nejsou pro české zdravotnictví vhodné, a že naše zdravotnictví musí být budováno buď na bázi státního vlastnictví nebo na bázi ziskových organizací. V praxi měla tedy privatizace v nemocnicích velmi omezený význam. Došlo pouze k privatizaci několika malých nemocnic (Vepřek, 2002).

V roce 1996 bylo založeno Sdružení Soukromých nemocnic České republiky, které je samostatnou právnickou osobou. Sdružuje zdravotnická zařízení typu nemocnic, jejichž zřizovatelem jsou privátní subjekty. Sdružení hájí zájmy členů, účastní se legislativně právního procesu, upravujícího postavení nestátních zdravotnických zařízení. Chrání zájmy svých členů a v případě potřeby jedná s příslušnými orgány (online, Sdružení soukromých nemocnic, 20.4.2012). V témže roce byla privatizace nemocnic zastavena díky obavám z možných negativních dopadů na dostupnost a kvalitu zdravotní péče a pozornost se začala obracet na nabídkovou stranu poskytování péče. Tato pozornost byla zaměřena zejména na kontrolu lékové politiky, kontrolu investic na přístrojové vybavení nemocnic, stavební investice apod. V tomto období začal proces státem iniciované restrukturalizace, který měl vyřešit problém naddimenzované akutní lůžkové péče a tomu odpovídajícímu vysokému počtu zdravotnického personálu a posílení počtu lůžek pro dlouhodobou péči. Podle Angelovské a Hanušové (2005) bylo za hlavní cíle restrukturalizace v ČR stanoveno zejména snížení počtu základních akutních lůžek, a to na 4,5 lůžka základní nemocniční péče na 1000 obyvatel a 0,5 lůžka specializované péče na 1000 obyvatel. Dalším cílem bylo pak posílení počtu lůžek pro dlouhodobou péči a snížení počtu lékařů (Angelovská, Hanušová, 2005).

5.2 Privatizace na počátku 21. století

Reforma veřejné správy v České republice byla zahájena reformou územní správy. V rámci této počáteční fáze bylo ustanoveno 14 samosprávných krajů, došlo tak k decentralizaci výkonu státní správy na regionální úroveň. V následující druhé fázi byly ke konci roku 2002 zrušeny okresní úřady. Agenda, kterou tyto úřady doposud vykonávaly, přešla z části na nově vzniklé kraje a částečně na vybrané obce – obce s rozšířenou působností. Tyto změny se samozřejmě dotkly i výkonu správy v oblasti zdravotnictví, a to zejména co se týče zřizovatelských funkcí okresních a státních nemocnic. Dne 1. ledna 2003 se staly státní příspěvkové organizace, u nichž funkci zřizovatele vykonávaly okresní úřady, příspěvkovými organizacemi kraje. Díky těmto změnám a převodu okresních a státních nemocnic do kompetencí krajů, se kraje ocitli v nelehké situaci. Na jedné straně museli zabezpečit zdravotní péči pro své občany v určité kvalitě a dostupnosti, jako tomu bylo před převodem, na druhé straně se musely vyrovnat s dluhy těchto nemocnic. Kraje sice spolu se zdravotnickými zařízeními převzaly i jistá aktiva (hmotný i nehmotný majetek), tento majetek však musely ze zákona v případě jeho nepotřebnosti nabídnout zpět do vlastnictví státu a nemohly je použít k jiným účelům, například na oddlužení svých nemocnic. Tento majetek byl navíc dost často ve špatném technickém stavu (Zákutný, 2003).

Všechny tyto skutečnosti zapříčinily to, že již na sklonku 2. poloviny roku 2003 se začaly objevovat tendence některých krajů změnit právní formu svých nemocnic, a to z příspěvkových na obchodní, zejména akciové společnosti, kde by výhradním vlastníkem akcií nemocnic byl kraj. Tak přišla **druhá vlna privatizace** zdravotnických zařízení. Během první vlny v letech 1992 – 1996 se privatizace dotkla zejména ambulantní sféry a lékáren, druhá vlna s sebou nesla privatizaci lůžkových zařízení. Průkopníky v oblasti změny právní formy nemocnic, z příspěvkových organizací na obchodní společnosti, se stala hned pětice krajů – kraj Plzeňský, Středočeský, Jihočeský, Karlovarský a Královehradecký. Zastupitelstva těchto krajů schválily převod svých nemocnic na obchodní společnosti již v průběhu roku 2003. Tyto kraje založily obchodní společnosti (především akciové společnosti) v roce 2003, jako lůžková zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči začaly fungovat v převážné většině v roce 2004. V roce 2003 bylo převedeno celkem 17 nemocnic (online, Zdravotnické noviny, 2003). Ve většině z těchto zařízení se jednalo o proces převážně formálního charakteru. Během převodu nedošlo téměř k žádným změnám ve vedení nemocnic. Vlastníkem je stále příslušný krajský úřad, ve stanovách nejsou ukotveny žádné prvky

motivující management k efektivnímu hospodaření, tedy vedení nemá žádný výrazný důvod chovat se jinak než před privatizací (Chrobok, 2008).

Na konci roku 2010 bylo v ČR evidováno 28 068 zdravotnických zařízení, z toho 19 885 samostatných ordinací. Státních zařízení bylo 226 (zřizovatel MZ a ostatní centrální orgány). V tom samém roce bylo 27 842 nestátních zařízení (zřizovatel: kraj - 152, město, obec - 170, fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba - 27 520). Soukromá zařízení (zřizovatel fyzická osoba, církev nebo jiná právnická osoba, vč. obchodních společností v majetku kraje / města nebo obce) vlastnila 54 % všech lůžek a pracovalo v nich 70 % všech lékařů a 58 % zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí (online, Sít' zdravotnických zařízení 2010, 1.1.2013).

Koncem roku 2011 bylo v České republice evidováno 28 450 zdravotnických zařízení (o 382 více než v roce 2010), z toho 20 121 samostatných ordinací (oproti roku 2010 nárůst o 236 zařízení). 225 zařízení bylo státních - zřizovatel Ministerstvo zdravotnictví (MZ) a ostatní centrální orgány, 28 225 zařízení bylo nestátních (zřizovatel kraj - 155 zařízení, zřizovatel město, obec - 170, zřizovatel fyzická osoba, církev, jiná právnická osoba - 27 900). Ve všech zdravotnických zařízeních pracovalo koncem roku 46 422 lékařů a více než 107 023 samostatných zdravotnických pracovníků nelékařů (přepočet vždy na celý úvazek. V průměru připadalo v ČR na 1 lékaře 226 obyvatel (online, Sít' zdravotnických zařízení 2011, 1.1.2013).

5.3 Právní rámec

Mezi nejdůležitější právní předpisy týkající se privatizace zdravotnických zařízení patří tyto dokumenty:

- **Zákon č. 160/1992 Sb. O zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních.**

Tento zákon upravuje podmínky a rozsah poskytování zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních a podmínky provozování nestátních zařízení. V § 2, odstavec 1 a 2, je definováno nestátní zařízení jako: „*jiné zdravotnické zařízení, než zdravotnické zařízení stát.*“ (odst. 1). „*Provozovat nestátní zdravotnické zařízení může jak fyzická, tak i právnická osoba, která má oprávnění podle tohoto zákona*“ (odst. 2). Dále jsou zákonem upraveny podmínky poskytování zdravotní péče, povinnosti nestátních zařízení, odborná způsobilost a způsob úhrady zdravotní péče. Třetí část tohoto zákona upravuje podmínky provozování nestátního zařízení (Zákon č. 160/1992 Sb.).

- **Zákon o hodnocení a snižování hluku v životním prostředí a o změně zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.**

Poslanci ČSSD, kteří se obávali plošné privatizace a chtěli jí zabránit, přičlenili v září roku 2004 do právě projednávaného zákona o hodnocení a snižování hluku v životním prostředí ustanovení, které nemělo s tímto zákonem nic společného. V § 17 tohoto zákona, ve znění zákona č. 421/2004 Sb., se na konci textu doplňuje věta „*Příspěvkovou organizaci, jejímž předmětem činnosti je poskytování zdravotní péče, nelze přeměnit na obchodní společnost.*“ Podle vyjádření poslanců ČSSD včlenili příslušný paragraf do zákona o hluku proto, že to byla nejrychlejší cesta, jak zabránit krajům převodu nemocnic na obchodní společnosti. Toto ustanovení však vyvolalo vlnu nevole mezi krajskými zastupitelstvy a ačkoliv poslanecká sněmovna tento zákon 21.1.2005 schválila, prezident Václav Klaus jej 9.2.2005 vetoval a poslanecká sněmovna prezidentovo veto nepřehlasovala. Zákon tak nebyl schválen (Hrdlička, 2005).

- **Zákon č. 290/2002 Sb., o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce**

§ 1 tohoto zákona říká, že: „*dnem 1. ledna 2003 přecházejí z vlastnictví České republiky do vlastnictví krajů věci, se kterými k 31. prosinci 2002 byly příslušné hospodařit organizační složky státu a státní příspěvkové organizace, u nichž funkci zřizovatele vykonávaly k rozhodnému dni okresní úřady, pokud tento zákon nebo zvláštní zákon nestanoví jinak*“ (odst. 1). „*Na kraje tímto dnem zároveň přešly:*

- a) práva státu a jiné majetkové hodnoty, se kterými k rozhodnému dni byly příslušné hospodařit organizační složky státu,*
- b) závazky státu,*
- c) práva a povinnosti z pracovněprávních vztahů“ (odst. 2)*

§ 15 říká, že: „*nemovitě věci, které přecházejí do vlastnictví nabyvatele, musí být po dobu 10 let ode dne jejich nabytí užívány pouze k účelu, ke kterému byly užívány ke dni přechodu vlastnictví podle § 14*“ (odstavec 4). „*Stanou-li se před uplynutím této doby pro nabyvatele pro tento účel nepotřebnými, musí být přednostně nabídnuty bezúplatně do vlastnictví státu. Pokud stát nepřijme písemnou nabídku nabyvatele ve lhůtě dvou měsíců od jejího doručení, naloží nabyvatel s těmito věcmi bez uvedených omezujících podmínek*“ (§ 15b odstavec 5) (Zákon č. 290/2002 Sb.).

- **Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů**

V tomto zákoně bylo klíčové ustanovení, podle kterého se bez jakéhokoli rozhodnutí či jiného právního úkonu zřizovatele či zakladatele mění, a to pouze na základě právní skutečnosti - běhu času - automaticky právní forma uvedených právnických osob na veřejné neziskové zdravotnické zařízení. Tento zákon byl však v roce 2011 zrušen (Zákon č. 245/2006 Sb.).

5.4 Přínos privatizace

Převod nemocnic na akciové společnosti přinesl některá **pozitiva**. Mezi ně můžeme řadit např. omezení byrokracie, lepší podmínky pro získávání soukromého kapitálu, flexibilitu při tvorbě pracovních smluv, úbytek administrativních omezení nebo rozsáhlejší možnosti kontroly hospodaření (Chorobok, 2008). Za její pozitivní přínos lze také pokládat růst výkonnosti zdravotnických zařízení, vystavení těchto zařízení tlaku na zvýšení kvality poskytovaných služeb, zavádění inovací, hospodárnější využívání disponibilních zdrojů. Zdravotnická zařízení se díky privatizaci stávají také nezávislými na rozhodnutí vlády. Především nezávislost na takových rozhodnutích, která se týkají zpravidla navyšování platů zdravotnického personálu, je často rozhodujícím prvkem, který vede jednotlivé kraje k privatizaci svých zdravotnických zařízení. Dalším důvodem může být také nepovinnost podílet se na provozu akciové společnosti v případě ztráty. U příspěvkové organizace má zřizovatel povinnost vyrovnávat případnou ztrátu (Prymula, Beran, Antoš, 1999).

Privatizace nemocnic však s sebou nese řadu **negativ**. Privatizace nemocnic může mít **negativní dopady na zaměstnance**, zejména jedná-li se o jejich **mzdové podmínky**. Pro obchodní společnosti jako je akciová společnost nebo společnost s ručením omezením neplatí zákon o platu (č. 143/92 Sb.), ale zákon o mzdě (č. 1/92 Sb.). V mnohých soukromých nemocnicích mají zaměstnanci podstatně nižší příjmy než ve státních zdravotnických zařízeních. Ceny služeb jsou určovány v dohodovacím řízení nebo vládou. Takto stanovené ceny, pak nedávají zdravotnickým zařízením možnost realizovat zisk z poskytnutých služeb. Na tuto skutečnost pak doplácí především zdravotnický personál. Zaměstnanci v takovýchto nemocnicích nejsou odměňováni podle tabulek, jak je tomu u příspěvkových organizací, ale jejich plat je smluvní. To však dává i možnost odměňovat pracovníky podle jejich výkonů, mohou jim být dány i podstatně vyšší odměny. Kromě negativního dopadu na platy

zaměstnanců panují i obavy z propouštění i odchodu kvalifikovaného personálu do zahraničí. S touto hrozbou se musejí nejvíce vyrovnávat kraje, které sousedí s Německem nebo Rakouskem (online, Zdravotnické noviny, 2005).

Privatizace může mít také **dopady na zdravotní péči**. *Omezení rozsahu* péče je jedním z nejzávažnějších argumentů proti privatizaci zdravotnických zařízení. Hovoří se o zúžení spektra poskytované péče, tedy o rušení ztrátových, ale přesto nezbytných oddělení. K úbytku lůžek, nebo dokonce k rušení celých oddělení, dochází již v celé České republice. Dalším problémem je omezení *dostupnosti péče*, která úzce koresponduje s rušením stávajících oddělení. Vyskytuje se obava, že po převodu nemocnic na obchodní společnosti, dojde k rozpadnutí zdravotní sítě a zhorší se dostupnost péče pro občany, protože stát závazně nestanovil minimální rozsah a strukturu sítě lůžkových zdravotnických zařízení v ČR (Koňářiková, 2006).

Odpůrci privatizace nemocnic se také obávají, že může dojít k omezení lékařské péče v privatizovaných nemocnicích. Subjekt, který často přemýšlí ekonomicky, se může **věnovat pouze lukrativním oborům**. Privatizovaná zdravotnická zařízení mohou mít tendenci provozovat jen výnosná lůžková oddělení. Obory, které nejsou lukrativní a pro nemocnici nepřinášejí zisky, nemusejí vůbec provozovat. Mohou zřizovat pouze ambulance, bez stálých lékařských nebo pohotovostních služeb. Stává se běžnou praxí, že zprivatizovaná nemocnice pronajme cizímu soukromému lékaři operační sál na určité hodiny. Lékař provede operaci za lukrativní bodové ohodnocení zdravotní pojišťovnou a odejde. Hrozbou je, že pacient zůstává v soukromé nemocnici na lůžku zcela jiného oboru za odlišné (nižší) finanční ohodnocení od stejné pojišťovny. V případě pooperačních komplikací se pacientovy nemusí dostat adekvátní pomoci a péče, protože lékaři příslušného oddělení nejsou specializovaní v potřebném oboru (Šarišská, 2011).

Jednou z hrozeb privatizace zdravotnických zařízení může být i **krach nemocnic a jejich orientace pouze na tvorbu zisku**, jeho **vytváření na úkor kvality péče o pacienta**. Akciové společnosti se řídí podle obchodních zákonů. V případě, že se takováto obchodní společnost dostane do ztráty, má povinnost na sebe vyhlásit konkurs, v tomto případě vzniká riziko jejího krachu. Nikdy se nedá zabránit bankrotu akciových společností, úspěšnost takovýchto obchodních společností se odvíjí od toho, jaké lidi ji v konkrétních funkcích řídí. V případě, že by některé zdravotnické zařízení skutečně zkrachovalo, měl by se o adekvátní náhradu postarat kraj. Kraj v roli majoritního vlastníka akcií by měl ale bankrotu vždy a včas předejít. Odpůrci privatizace nemocnic se také obávají, že by mohlo dojít k **ovládnutí nemocničního trhu jedním majitelem v určitém regionu** (monopolní postavení tohoto vlastníka). Mohlo by

dojít k tomu, že si majitel zprivatizovaných zařízení začne diktovat ceny, mohl by vyvíjet tlak na pojišťovny, aby zvýšily platby za léčbu, jinak neošetří jejich pojištěnce. Soukromí vlastníci nemocnic pak jednají se zdravotními pojišťovnami tvrději než zástupci velkých státních zařízení. Při komunikaci s distributory léčiv dochází také ke změně. Není ojedinělým případem, že se státní nebo okresní zdravotnická zařízení vůči dodavatelům léků bezstarostně zadlužovala. U soukromých vlastníků je to zpravidla jinak, ti platí svým dodavatelům včas. Se zadluženými a poté i privatizovanými zařízeními se distributoři rychle dohodnou na splátkových kalendářích. Noví vlastníci ruší nevýhodné smlouvy na předražené léky. Všechny tyto skutečnosti však neznamenají pro distributory léčiv ztrátu. Noví majitelé (ředitelé) sice objednávají léky levnější, ale na druhou stranu své účty za léky hradí včas (Koňářiková, 2006).

6 Právní limity: Nadstandardy ve zdravotnictví

Reforma ve zdravotnictví je v poslední době velmi ožehavým tématem. Ve světě se vedou dlouhé diskuze o tom, co se má v rámci povinné solidarity financovat a co si mají lidé platit sami. Díky rostoucím nákladům na zdravotnictví se zachování dosavadního rozsahu povinné solidarity ve zdravotnictví, především dostupnost nejvyšší možné kvality, stává obtížnější. Ve světě se objevila myšlenka zavést základní zdravotnické služby (**basic benefit package**) v rámci povinného zdravotního pojištění a svěřit pojištění nad tento rámec soukromým pojišťovnám. Objevil se však problém v definování rozsahu základní zdravotní péče, tzn. co všechno by do ní mělo být zahrnuto. O tom se vedou dlouhé diskuze, které jsou díky změnám v medicíně a velkým růstem nákladů na zdravotnictví opodstatněné (Tomeš, 2011).

V České republice přichází díky novelizaci zákona o veřejném zdravotním pojištění a přijetí nového zákona o zdravotních službách do oblasti zdravotnictví mnoho novinek, které určitě stojí za povšimnutí. Jednou z důležitých změn pro nás, pacienty, je rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní. Rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní je v podstatě jediným východiskem, jak učinit základní zdravotnictví dostupné pro všechny. Dlouhou dobu se o této problematice mluvilo, do roku 2012 však neexistovala jakákoli právní úprava, která by zdravotní péči na standardní a nadstandardní rozdělovala.

Právo na zdraví a zdravotní péči je v každé demokratické společnosti jedno z nejzákladnějších práv člověka. V této oblasti proto vzniklo mnoho již zmíněných významných dokumentů. Na půdě OSN byla přijata v roce 1948 *Všeobecná deklarace lidských práv*, v roce 1966 *Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech*, dále pak v roce 1989 *Úmluva o právech dítěte* a v roce 2006 *Úmluva o zdravotně postižených*. Mezinárodní organizace práce vydala v roce 1969 *Úmluvu o zdravotní péči a nemocenských dávkách*, Světová zdravotnická organizace pak *Chartu práv pacientů*. Rada Evropy vydala také řadu důležitých dokumentů, jako je *Evropská sociální charta* z roku 1961, *Evropský zákoník sociálního zabezpečení* z roku 1990 či *Úmluva o biomedicíně* z roku 1997 (Tomeš, 2011). Evropská unie přispěla svým *principem subsidiarity* pro volný pohyb pracovníku (nařízení číslo 883/2004) (Koldinská a kol., 2012). Co se týče České republiky, významným dokumentem je *Listina základních práv a svobod* z roku 1993 a *Zákon o péči o zdraví lidu z roku 1966* (Tomeš, 2011). Dokumentů zakotvující právo na zdravotní péči je poměrně mnoho, žádný z těchto dokumentů však nerozlišuje mezi standardní a nadstandardní zdravotní péčí.

6.1 Problematika nadstandardní zdravotní péče

Nadstandardní zdravotní péče dle ministerstva zdravotnictví zahrnuje: „*pacientem placené výkony či aplikaci zdravotnických materiálů nad rámec běžného ošetření*¹⁴. *Nadstandardní péčí není míněna „lepší léčba“, ale především placené služby, které zvyšují komfort pacienta a mohou pomoci zlepšit jeho životní styl v souladu s jeho onemocněním*“ (online, Ministerstvo zdravotnictví ČR, 20.10.2012). Do roku 2012 však neexistovala právní legislativa, která by jakkoli nadstandardní zdravotní péči upravovala. Nejprve systém považoval jakýkoli nadstandard za nelegální vzhledem k uplatňované rovnosti přístupu ke zdravotní péči. Následně se uplatnil systém, který umožnil vstup samoplátců do systémů bez nároků na veřejné zdroje. Tato péče byla plně hrazena pacientem bez spoluúčasti pojišťovny a bez cenové regulace. Existovala tedy snaha vytěsnit soukromě hrazenou péči mimo systém (viz také tzv. paragraf ministryně Fišerové § 11 zákona č. 48/1997 Sb., který zakazoval zdravotnickým zařízením jsoucím ve smluvním vztahu s veřejnoprávní pojišťovnou poskytovat péči za úplatu), bez definice jejího obsahu a bez toho, aby se stát o její poskytování zajímal. Vzhledem k tomu, že stát rezignoval na regulaci nadstandardní péče, tak systém selhával v následujících bodech:

- Docházelo k využívání kapacit smluvních zdravotnických zařízení k poskytování nestandardní zdravotní péče.
- Cenotvorba byla netransparentní.
- Obsah zdravotní péče nebyl ani definován ani regulován,
- Nejasná odpovědnost za poskytování nadstandardní zdravotní péče.
- Zdravotní péče takto poskytovaná se poskytovala tržně, ale její odborná úroveň ceně často neodpovídala a nebyla kontrolovatelná (Durdisová, Mertl, 2011).

Výše uvedená selhávání vstoupila na světlo více v souvislosti s rozpočtovým tlakem na zdravotnictví, ale i dopadem ekonomické krize na individuální rozpočtová omezení. Rozdělení zdravotní péče lze tedy i využít k úspoře veřejných zdrojů, neboť „je již možné“ vyčleňovat část zdravotní péče do nadstandardu (Durdisová, Mertl, 2011).

Snaha zakomponovat do systému nadstandardní zdravotní péči sice nějakou dobu trvala a neobešla se bez názorových rozdílů ČSSD a dnešní vlády, ale s novelou zákona č. 298/2011 o veřejném zdravotním pojištění se zrealizovala.

¹⁴ Odborníci zatím nebyli schopni uspokojivě definovat, co je standardní péče, a proto „nadstandard visí ve vzduchoprázdnu“

6.2 Rozdíl postojů ČSSD a dnešní vlády k otázce rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní

Hlavním představitelem myšlenky rozdělit péči na standardní a nadstandardní, a vůbec celé zdravotnické reformy je ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09). Dle jeho slov bylo rozdělení zdravotní péče „*pokusem o změnu, která by nás mohla přiblížit k normálním zemím, kde není hanbou, že je někdo bohatší než jiný, a kde dotyčný může svobodně určit, do čeho vloží své peníze*“ (online, Leoš Heger, 20.10.2012). Tento pokus vyvolal mnohé debaty a obavy, které je možné rozdělit do dvou zásadních oblastí:

- Zda je v naší kultuře, kde jsou akceptovatelné určité rozdíly mezi lidmi, možno připustit i rozdíly v čerpání zdravotní péče, které by byly dány nikoliv jen zdravotní potřebou jedince, ale též jeho potřebou jistého luxusu a přizpůsobení individuálním preferencím.
- Jak definovat potřebnou zdravotní péči pro příslušného pacienta a kam až vpustit rozsah onoho „luxusu“ tak, aby nenarušoval běžné nároky na péči.

Nárok, který je hrazen ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění, ***musí podle naší legislativy odpovídat všem zásadám ústavního pořádku*** pro zdravotnictví, tj. zejména ***ekvitě, solidaritě a volnému přístupu k potřebné péči***. Nadstandard placený samoplátcem dále pak ***nesmí ostatním pojištěncům, kteří si nechtějí nebo nemohou připlatit, narušovat jejich přístup k nárokové (standardní) hrazené péči***. Vláda dle slov ministra Hegera „***neměla v úmyslu budovat rovnostářské zdravotnictví, ve kterém by si člověk nemohl svobodně za své rozumné preference připlatit***“. Na otázku, kde končí svoboda připlatit si za nadstandard a kde začíná omezování nároků druhých, ministr Heger odpověděl následovně: „*Těžko může očekávat pacient, který si chce připlatit ve zdravotnickém zařízení, financovaném alespoň z části z veřejného zdravotního pojištění, že bude moci předběhnout pacienta, který čeká na standardní výkon. Zcela jistě by tím krátil jeho práva, a pokud bude chtít mít výkon proveden dříve, musel by si ho zaplatit, tak jako je to možné dosud, celý a v jiném, za které není na platbu z veřejného pojištění vůbec napojeno*“ (online, Leoš Heger, 20.10.2012). Jde tedy o **právo volby** každého člověka, aniž by byla jakkoli omezena práva druhého člověka.

ČSSD se však tento postup nelíbil a podal stížnost k Ústavnímu soudu ČR s tím, že nový zákon je v rozporu s ústavním pořádkem a s mezinárodními smlouvami o lidských právech a základních svobodách (online, Sobotka, 20.10.2012). Konkrétně se opírali o **Listinu základních práv a svobod** (článek 1: „*Lidé jsou rovni v důstojnosti i v právech...*“, článek 3: „*Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu majetku nebo jiného postavení...*“),

Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (článek 12: „... právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a duševního zdraví... a učinit opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva, která budou zahrnovat též prevenci, léčení a kontrolu nemocí a vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci...“), **Evropskou sociální chartu** (článek 13: „se smluvní státy zavázaly s cílem zajistit účinné uplatnění práva na ochranu zdraví k tomu, že budou buď přímo nebo ve spolupráci s veřejnými a soukromými organizacemi přijímat opatření zaměřená zejména na odstranění příčin nemocí v co nejvyšší možné míře a na co největší prevenci epidemických, endemických a jiných nemocí... a ...každé osobě, která je bez přiměřených prostředků a která není schopna si takové prostředky zajistit buď sama vlastním úsilím nebo je získat z jiných zdrojů, zejména prostřednictvím dávek ze systému sociálního zabezpečení, bude poskytnuta přiměřená pomoc a v případě nemoci i péče nezbytná podle jejího stavu...“), **Úmluvu o lidských právech a biomedicíně** (článek 3: „... se smluvní státy zavázaly, majíce na zřeteli zdravotní potřeby a dostupné zdroje, učinit odpovídající opatření, aby v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality...“), **Úmluvě o právech dítěte** (článek 24: „...státy uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení, ... usilují o zabezpečení toho, aby žádné dítě nebylo zbaveno svého práva na přístup k takovým zdravotnickým službám, ... povinny sledovat plné uskutečňování tohoto práva a zejména činit potřebná opatření mj. k zajištění nezbytné lékařské pomoci a zdravotní péče pro všechny děti s důrazem na rozvoj základní lékařské péče...“) a **Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením** (článek 25: „...státy mají zajistit právo na dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví bez diskriminace na základě zdravotního postižení, ...jsou povinny přijmout veškerá příslušná opatření, aby osobám se zdravotním postižením zajistily přístup ke zdravotním službám, i léčebné rehabilitaci, ...jsou povinny především poskytovat osobám se zdravotním postižením stejnou nabídku, kvalitu a standard bezplatné nebo dostupné zdravotní péče a programů, které jsou poskytovány ostatním, včetně péče v oblasti sexuální a reprodukční medicíny a obecných programů v oblasti veřejného zdraví“) (online, Stížnost ČSSD k Ústavnímu soudu ČR ve věci vládní první části tzv. zdravotnické reformy, 16.12.2011).

Podání stížnosti k Ústavnímu soudu se týkalo především tří následujících oblastí: rozdělení zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění na „základní“ a „ekonomicky náročnější“, tedy na standardní a nadstandardní, zvýšení regulačního poplatku za ústavní a lázeňskou péči z 60 na 100 Kč za den a oprávnění zdravotních pojišťoven ukládat pokuty zdravotnickým zařízením. Všechny tyto změny byly obsaženy ve vládních novelách zákona

o veřejném zdravotním pojištění. Co se týče rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní, **poslanci ČSSD považovali napadenou právní úpravu za diskriminační**, neboť přístup k „ekonomicky náročnější variantě“ zdravotní péče by nebyl pro pojištěnce zajištěn v závislosti na potřebě čerpání takové zdravotní péče s ohledem na jeho zdravotní stav, ale pouze vzhledem k tomu, zda bude ochoten, popř. vůbec schopen cenu této zdravotní péče zaplatit. Uplatnění ústavního práva každého na ochranu zdraví a práva občanů na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění tak bude dle jejich názoru podmíněno především dostatečnými finančními zdroji pacienta, takže tato práva nebudou zaručena všem (resp. všem občanům) bez rozdílu jejich majetku. Tvrdí, že se tak reálně vytvoří dvojí zdravotnictví – pro ty, co mají jen na „základní variantu“ a pro ty movitější, co si mohou dovolit připlatit si (online, Sobotka, 20.10.2012).

Ústavní soud se k této problematice vyjádřil takto: „... *povinnost státu je vytvořit systém veřejného zdravotního pojištění a jeho prostřednictvím zajistit občanům spravedlivý, tedy i vznik možných nerovností vylučující, způsob přístupu ke zdravotní péči přiměřené kvality [usnesení ze dne 5. května 1999 sp. zn. Pl. ÚS 23/98 (U 33/14 SbNU 319)]. Všichni pojištěnci by tak měli mít stejnou měrou nárok na taková ošetření a léčby, jež odpovídají objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky. Vhodnost a účinnost léčby (tedy její kvalita) naopak nesmí představovat kritéria pro rozlišování zdravotní péče na základní (levnější) a nadstandardní (dražší)...* Požadavek **respektování individuality pacienta** vyplývá již ze samotné skutečnosti, že účinek nebo vhodnost konkrétního typu léčby nebo zákroku se může lišit v závislosti na osobě pacienta, jeho duševním a fyzickém stavu... Ke znaku definice náležité odborné péče vztahují vedlejší účastníci své námitky, když tvrdí, že v jeho důsledku již zákon o zdravotních službách (oproti předchozí právní úpravě) netrvá na co nejlepší možné léčbě pacienta, tedy – jinými slovy – na tom, aby byl léčen v souladu s nejvyšším stupněm vědeckého poznání. Ústavní soud však zastává názor, že takovýto požadavek z ústavního pořádku dovodit nelze... Jeho uvážení je přitom omezeno jednak obecnými principy spojenými se zásadou právního státu, především **zásadou rovnosti a zákazem svévole**, jednak požadavkem respektování podstaty a smyslu ústavně zaručeného práva (čl. 4 odst. 4 Listiny), jenž má v případě sociálních práv zpravidla povahu garance určitého plnění nebo služby, které sledují nějaký ústavně aprobovaný účel. Je tedy na něm, aby vymezil takové podmínky uplatňování práva podle čl. 31 Listiny, jež jednotlivým pojištěncům umožní přístup ke zdravotní péči, jež dostojí výše uvedeným požadavkům její kvality. **Odpověď na otázku, zda bude konkrétní typ léčby vždy tím nejlepším možným, nebo zda bude upřednostněna jiná (levnější) varianta, proto vždy závisí na uvážení zákonodárce,**

*respektive na tom, jakým způsobem stanoví pravidla, jež budou pro rozhodnutí v této otázce určující. Takováto právní úprava samozřejmě nesmí vybočit z mezí, jež pro vymezení obsahu práva podle čl. 31 Listiny vyplývají z ústavního pořádku... Z těchto důvodů dospěl Ústavní soud k závěru, že napadená ustanovení zjevně nejsou v rozporu s Listinou ani Úmluvou o lidských právech a biomedicině, se kterým je v obsahové shodě. **Ústavní soud neshledal protiústavnost napadených ustanovení...**“ (Rozhodnutí ústavního soudu, sp.zn. Pl ÚS 1/12 #1, 27.11.2012)*

I přes námitky ČSSD byl tedy zákon přijat a v lednu 2012 nabyl platnosti. Dle mého názoru je to dobře. Nesouhlasím s názorem ČSSD, že je jde o diskriminační právní úpravu. Diskriminační právní úpravou by bylo to, kdyby díky tomuto zákonu byl odepřen přístup ke zdravotní péči osobám, které nemají na dražší variantu dostatečné finanční prostředky. K tomu ale nedošlo. Každý člověk v naší společnosti má přístup ke zdravotní péči. Nyní se však každý člověk může svobodně rozhodnout, jakou péči si zvolí, zda standardní či nadstandardní. V tom žádnou diskriminaci nevidím.

6.3 Právní rámec nadstandardní zdravotní péče

Jediný zákon, který tuto problematiku poměrně nově upravuje, je **zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění**. Díky **novelizaci č. 298/2011** se v § 13 odstavce 4 – 9 poprvé mluví o rozdělení na standardní a nadstandardní zdravotní péči (zákon se stal účinným v lednu 2012) (zákon č. 298/2011).

Zákon byl ještě jednou novelizován, a to **novelou č. 369/2011**, kde § 13, odstavec 2 upravuje seznam hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem (zákon č. 369/2011). Tyto novelizace jsou základem zdravotnické reformy ministra zdravotnictví Leoše Hegera.

Dalším důležitým dokumentem je **Vyhláška č. 425/2011 Sb.**, o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012 (vyhláška č. 425/2011 Sb.).

Paragraf 13 toho zákon nově rozděluje lékařskou péči na standardní, kterou označuje jako **základní variantu** a nadstandardní, kterou označuje jako **ekonomicky náročnější variantu**. Konkrétně se jedná o odstavce 4 – 9 tohoto zákona, které říkají, že:

„(4) Pokud lze zdravotní péči uvedenou v odstavci 1 poskytnout více než jedním způsobem, přičemž všechny tyto způsoby splňují podmínky stanovené v odstavci 1 a mají stejný terapeutický účinek, hradí se takový způsob zdravotní péče, který je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen „základní varianta“). Ostatní způsoby zdravotní péče podle věty první, které nesplňují podmínku účelného a hospodárného vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen „ekonomicky náročnější varianta“), se ze zdravotního pojištění hradí ve výši stanovené pro úhradu takové zdravotní péče v základní variantě.

(5) Za ekonomicky náročnější variantu zdravotní péče lze považovat pouze zdravotní péči, která je takto označena v prováděcích právních předpisech vydaných podle § 17. Za ekonomicky náročnější variantu nelze označit zdravotní péči, kterou lze poskytnout pouze jedním způsobem.

(6) Před poskytnutím zdravotní péče, kterou lze poskytnout jak v základní variantě, tak i v ekonomicky náročnější variantě, je zdravotnické zařízení povinno pojištěnci nabídnout poskytnutí zdravotní péče v základní variantě a informovat ho též o ekonomicky náročnější variantě, včetně rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty stanovenou v souladu s cenovým předpisem a uvedenou v ceníku zdravotnického zařízení, a výši úhrady zdravotní péče v základní variantě stanovenou prováděcím právním předpisem vydaným podle § 17 a cenovým předpisem. Postup podle věty první se nepoužije, není-li možné vzhledem ke zdravotnímu stavu nemocného vyžádat si jeho souhlas a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života či zdraví. Ceník ekonomicky náročnějších variant zdravotní péče musí být zveřejněn ve zdravotnickém zařízení na veřejnosti přístupném místě a způsobem umožňujícím dálkový přístup.

(7) Zdravotnické zařízení je v případech uvedených v odstavci 6 povinno do zdravotnické dokumentace pojištěnce zaznamenat, že mu bylo nabídnuto poskytnutí zdravotní péče v základní variantě a že byl informován o možnostech poskytnutí zdravotní péče i v ekonomicky náročnější variantě. Součástí záznamu ve zdravotnické dokumentaci je vyslovení souhlasu pojištěnce s poskytnutím zdravotní péče v základní variantě, nebo s poskytnutím

zdravotní péče v ekonomicky náročnější variantě, pokud se pojištěnec pro takovou variantu rozhodl; v takovém případě je součástí záznamu ve zdravotnické dokumentaci též vyslovení souhlasu pojištěnce se zaplacením částky ve výši rozdílu mezi cenou ekonomicky náročnější varianty a výší úhrady zdravotní péče v základní variantě. Takto vyslovený souhlas podepíše pojištěnec a ošetřující lékař; pokud pojištěnec s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže záznam podepsat, stvrdí jeho nepochybný projev vůle svým podpisem ošetřující lékař a další svědek. V záznamu se uvede způsob, jakým pojištěnec svou vůli projevil, a zdravotní důvody bránící podpisu pojištěnce.

*(8) Zdravotnické zařízení **nesmí při poskytování zdravotní péče upřednostňovat pojištěnce, který si zvolí ekonomicky náročnější variantu.***

*(9) **Za opakované porušení povinnosti podle odstavců 6 až 8 příslušná zdravotní pojišťovna uloží zdravotnickému zařízení pokutu do 1 000 000 Kč.** Při určení výše pokuty se přihlédne k závažnosti porušení povinnosti, zejména ke způsobu jeho spáchání a jeho následkům a k okolnostem, za nichž bylo spácháno. Pokutu lze uložit do 1 roku ode dne, kdy příslušná zdravotní pojišťovna zjistila porušení povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila. Opakované udělení pokuty je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez uplatnění výpovědní lhůty podle § 17 odst. 3. Zdravotnické zařízení za porušení povinnosti neodpovídá, jestliže prokáže, že vynaložilo veškeré úsilí, které bylo možno požadovat, aby porušení povinnosti zabránilo (zákon č. 298/2011 Sb.)*

Ze zdravotního pojištění se má nadále hradit zdravotní péče poskytnutá pojištěnci. Pokud jí lze poskytnout více způsobů, hradí se samozřejmě základní varianta zdravotní péče, která odpovídá účelnému a hospodárnému vynakládání peněz v veřejného zdravotního pojištění. U ekonomicky náročnější varianty (nadstandardu) se zaplatí z veřejného zdravotního pojištění stejná částka jako u základní varianty a zbytek si doplatí pacient (online, Mašek, 20.10.2012).

Bez příplatku má pacient tedy nadále nárok na veškerou péči, kterou platí zdravotní pojišťovny, pouze s výjimkou nadstandardních výkonů. Kromě toho si nadále může pacient platit plně péči, kterou zdravotní pojišťovny vůbec nehradí, například na klinikách, která vůbec nemají smlouvu s pojišťovnou. Pokud má péče pro pacienta ekonomicky náročnější (nadstandardní) variantu, má lékař povinnost jej o tom informovat. Žádné zdravotnické zařízení ale nemá povinnost nadstandard nabízet a dělat. Pokud má pacient zájem o nadstandard, musí dostat předem informaci o jeho ceně. **Ceníky musí nemocnice vyvěsit na přístupném místě v budově nebo také na internetových stránkách** (online, Leoš Heger, 20.10.2012).

Díky rozdělení na standardní a nadstandardní zdravotní péči budeme jasně vědět, co nám je a není ze zdravotního pojištění hrazeno. Pokud navíc budeme chtít např. lepší čočku nebo něco jiného, co je považováno za nadstandard, tak ušetříme, neboť uhradíme jen rozdíl mezi cenou a tím, co hradí zdravotní pojišťovna za standard. Než vstoupil zákon v platnost, museli jsme uhradit celou částku.

V prvním **seznamu nadstandardní zdravotní péče** se nakonec objevilo **18 položek** namísto původně plánovaných 15 položek. **Ministerstvo tyto nadstandardy prodiskutovalo s odbornými společnostmi**, které se mohly k dané problematice vyjádřit. Po poslední debatě s odbornými společnostmi doplnilo ministerstvo zdravotnictví seznam ještě o tři druhy očkování. Seznam začal definitivně platit od ledna 2012 a obsahuje:

- **Očkování:** proti tetanu, sezonní chřipce, pneumokokovi, tuberkulóze, rakovině děložního čípku a vzteklině.
- **Sádry:** fixační sádrová dlaha (na ruku a předloktí), cirkulární sádrový obvaz (na prsty, ruku a předloktí), fixační sádrová dlaha (na celé horní končetiny), cirkulární sádrový obvaz (na celou horní končetinu), fixační sádrová dlaha (na nohu, bérce), cirkulární sádrový obvaz (na nohu, bérce), fixační sádrová dlaha celé horní končetiny, cirkulární sádrový obvaz na dolní končetiny a fixace zlomeniny klíčku delbetovými kruhy.
- **Oční čočky:** implantace nitrooční čočky (tvrdé nebo měkké)

Připlatit si za lepší kyčelní kloub či robotickou operaci stále možné není. Rozšiřování seznamu nadstandardů na ministerstvu navíc zatím neplánují. Další soupis nadstandardů plánuje ministerstvo vytvořit až pro rok 2013. Seznam nadstandardů se bude rozšiřovat jednou ročně, v roce 2012 se tak jiné změny nechystají (online, Česká televize, 20.10.2012).

V České republice se však zatím nadstandardní péče váže pouze na zboží, zatímco v mnoha jiných zemích je nadstandard vázán také na výkon.

Zákon č. 369/2011

Tato novela zákona o zdravotním pojištění mimo jiné rozšířila § 13 o odstavec 2, který upravuje seznam hrazených služeb v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem . Účinným se zákon stal 1.dubna 2012 (online, Ministerstvo zdravotnictví, 20.2.2012).

Dle tohoto odstavce hrazenými službami jsou v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem: *„zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a*

zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem, a to ve všech formách jejího poskytování podle zákona o zdravotních službách (a), poskytování léčivých přípravků, potravin pro zvláštní lékařské účely, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků (b), přeprava pojištěnců a náhrada cestovních nákladů (c), odběr krve a odběr tkání, buněk a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi (uchovávání, skladování, zpracování a vyšetření) (d), přeprava žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa do místa poskytnutí zdravotní péče související s odběrem a z tohoto místa a náhradu cestovních nákladů (e), přeprava zemřelého dárce do místa odběru a z tohoto místa (f), přeprava odebraných tkání, buněk a orgánů (g), prohlídka zemřelého pojištěnce a pitva včetně přepravy (h), pobyt průvodce pojištěnce ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče (i), zdravotní péče související s těhotenstvím a porodem dítěte, jehož matka požádala o utajení své osoby v souvislosti s porodem; tuto péči hradí zdravotní pojišťovna, kterou na základě identifikačních údajů pojištěnce o úhradu požádá příslušný poskytovatel (j)“ (zákon č. 369/2011 Sb.).

Tato novelizace nadstandardy žádným novým způsobem neupravuje. Zákon č. 48/2011 Sb. ve znění zákona č. 369/2011 si je možné přečíst na internetových stránkách ministerstva zdravotnictví (dostupné na: www.mzcr.cz).

Rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní nám nyní dá právo volby v tom, že si můžeme zvolit základní či ekonomicky náročnější variantu poskytnutí zdravotní péče. Pokud si zvolíme nadstandardní zdravotní péči, zaplatíme jen rozdíl mezi touto ekonomicky náročnější variantou a základní variantou. S tímto rozdělením souhlasím. Každý si tak může vybrat variantu, která mu nejvíce vyhovuje, přičemž nejsou nikterak omezována práva jiných lidí. Doufám, že se v příštím roce seznam nadstandardů rozšíří na více položek. Můžeme doufat, že se v budoucnu tento nadstandard nebude vázat pouze na zboží, ale také na výkon.

7 Úsilí zdravotníků o sociální práci s pacientem

Podstatnou a nezanedbatelnou složkou našich nemocnic jsou také sociální pracovníci. Formování sociální práce ve zdravotnictví se především odvíjelo od protiepidemiologických činností sociální práce. Velmi významnou osobou a průkopnicí v oblasti sociální práce s pacientem byla **Florence Nightingaleová** (1820-1910). Během Krymské války pracovala jako ošetrovatelka v nemocnici ve Scutari¹⁵, kde se starala převážně o raněné vojáky. V této nemocnici panovaly v té době velmi špatné hygienické podmínky. Šířil se zde tyfus, cholera a průjmová onemocnění a mnoho lidí umíralo. Nightingaleová si těchto věcí všimla a pokusila se situaci změnit. Zavedla základní hygienická opatření (koupání pacientů, oblékání pacientů do čistého a suchého oblečení, praní špinavého oblečení apod.), zprovoznila kuchyni, kterou sama financovala, nechala také vybudovat toalety a prádelny. Po celou dobu bojovala za práva pacientů, zavedla nemocenské dávky, starala se jak o fyzické tak i psychické a sociální potřeby pacientů. Pro rekonvalescenci založila odpočinkovou místnost s čítárnou. V době působení sester ve Scutari pod vedením Florence Nightingaleové klesla úmrtnost z počátečních 42 % na 2,2 % na konci války (Gill, 2005). Dalšími významnými osobami v této oblasti byli **Jane Addamsová** a **Richard C. Cabot** (USA), kteří pomáhali pacientům s TBC a zasloužili se o kontrolu a prevenci šíření syfilis (Kuzníková, 2011). V osmdesátých letech 19.století byla v Anglii zavedena funkce **rozdělovatelů zdravotních podpor** (almoners). Tito lidé hodnotili finanční situaci pacientů, v době těžké nemoci či úmrtí člena rodiny poskytovali rodině i pacientovi poradenství a poskytovali domácí péči a pomůcky lidem propuštěným z nemocničního ošetřování. Činnost těchto úředníků se považuje za první pokus o *zavedení systematické případové práce*. Zdravotní úředníci s podobnou pracovní náplní byli potom zřízeni také v jiných západoevropských zemích, v USA a Japonsku. Sociální práce v prvních desetiletích 20.století se stává jako obor součástí státního systému sociálního zabezpečení. Navazuje na systémy sociálního a zdravotního pojištění, je propojena se zdravotnictvím a školstvím. (Matoušek, 2001). Po vzniku Československa v roce 1918 se vynořila potřeba vybudovat moderní sociální péči z dobrovolných činností různých spolků a veřejné chudinské péče. V roce 1918 tak vznikla první škola sociální práce, nazývaná Vyšší škola sociální péče v Praze. Ta byla zrušena v roce 1935 a nahrazena Masarykovou státní školou zdravotní a sociální péče. Tato škola poskytovala vyšší odborné vzdělání zejména pro zdravotní sociální pracovnice, které by pomáhaly lékařům v oblasti sociálního lékařství (Kuzníková, 2011).

¹⁵ Scutari byl řecký název pro istanbulskou městskou čtvrť, dnes známou jako Üsküdar.

Po roce 1948, kdy došlo k znárodnění výrobních prostředků, se předpokládalo, že tímto způsobem se odstraní sociální problémy. V té době byly sociální problémy chápány jako přežitek kapitalismu, který v průběhu času zmizí a sociální práce se stala nežádoucí disciplínou. Proběhly velké změny v sociálním školství. Vznikly vyšší školy sociálně-zdravotní (do roku 1952) nebo později vyšší školy specializované pro výchovu středního zdravotnického personálu, které měly speciální obory pro vychovatelky se sociálním zaměřením. Z původních 28 vyšších škol sociálně-zdravotních zůstala po roce 1953 jediná čtyřletá sociálně-zdravotní škola v Praze (ale i ta byla v roce 1953 změněna na hospodářskou školu) (Matoušek, 2001). V 60. letech začala vzrůstat kritika komunistického režimu, která vyvrcholila Pražským jarem. Zjistilo se, že i za socialismu existují sociální problémy, což vedlo k vytvoření nové koncepce sociální politiky. Byla rozvinuta sociální práce v podnicích, v oblasti školství, zdravotnictví, vězeňství a v ústavech sociální péče. V 70. letech, období normalizace, noví představitelé komunistického režimu pochopili, že je potřeba sociální otázky řešit i v socialismu. Sociální práce se tedy pomalu rozvíjela. Začaly se objevovat snahy o propojení sociální práce se zdravotnictvím. V roce 1969 vznikla Společnost sociálních pracovníků, která se v roce 1973 změnila v sekci sociálních pracovníků a stala se součástí České lékařské společnosti J.E. Purkyně (Kuzníková, 2011). Sociální práce začala být obnovována, především díky osobnímu úsilí mnoha lidí z praxe, především ze zdravotnictví a postpenitenciární péče (Matoušek, 2001). Za zmínku určitě také stojí Vlasta Brablcová, která se věnovala metodice sociální práce ve zdravotnictví. Zde zdůrazňuje význam sociální práce ve zdravotnictví v kontextu prostředí klienta a říká, že: *„Význam sociální práce ve zdravotnictví je dán komplexním pojetím jednoty organismu a prostředí a dynamickým pojetím zdraví a nemoci. Probíhá v integrálním, nedílném systému člověk – prostředí, a to prostředí v celé jeho složitosti, ve všech jeho sférách, se všemi vztahy a vazbami...“* (Brablcová in Kuzníková, 2011, str.16). Po roce 1989 se v souvislosti se změnami v systému sociálního zabezpečení se v návrhu zákona o sociální pomoci nově vyskytl termín sociální práce. Ta byla definována jako metoda sociální pomoci. Na našem území začala vznikat řada institucí pro řešení sociálních problémů, vznikaly nové zdravotní a vzdělávací programy a zařízení sociální péče. Do popředí se dostala snaha o profesionalizaci sociálních pracovníků, začaly vznikat vysoké školy pro sociální pracovníky, nově také i pro zdravotně sociální pracovníky. Rozvoj sociální práce ve zdravotnictví byl pak ovlivněn legislativními normami, jako je např. zákon č. 102/2011 Sb., o zdravotních službách a zákon č. 105/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání apod., a podporován úsilím organizací sdružující sociální pracovníky a zdravotně

sociální pracovníky (Společnost sociálních pracovníků, Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Rada pro rozvoj sociální práce, Česká asociace sester – sekce zdravotně sociální) (Kuzníková, 2011).

7.1 Činnost sociálních pracovníků v nemocnici

Zdravotně sociální pracovník je dnes prostředníkem mezi nemocným a okolním světem a svou péči směřuje především k hospitalizovaným pacientům, kteří mají kromě zdravotního problému i sociální problém (online, Severová, 2005). Sociální pracovník má ve zdravotnickém zařízení významnou úlohu v zahájení složitého procesu zdravotně sociální rehabilitace. Ta vede k udržení reálně dosažitelné kvality života klienta a zároveň působí jako preventivní faktor snižující možnost opakovaného návratu do zdravotního zařízení. Úkolem sociální práce je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a především ke kvalitnějšímu životu. Jde o komplexní péči o pacienta (Kuzníková, 2011).

Za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka je u nás dle § 10 (odst. 2) **zákona č. 105/2011 Sb.**¹⁶, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, považována: „*činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta*“ (Zákon č. 105/2011). Činnosti zdravotně sociálního pracovníka jsou pak vymezeny **vyhláškou 55/2011 Sb.**, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Dle § 9 vyhlášky 55/2011 k činnostem zdravotně sociálního pracovníka patří:

- „a) provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,*
- b) provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,*

¹⁶ Jde o novelu zákona č. 95/2004 Sb. a 96/2004 Sb.

- c) *sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,*
- d) *zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,*
- e) *účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,*
- f) *v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,*
- g) *v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,*
- h) *v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.“ (Vyhláška č.55/2011).*

Obsahem služeb sociální péče ve zdravotnických zařízeních jsou ty intervence, které pomáhají odstranit anebo mírnit negativní důsledky situace způsobené nemocí, hospitalizací, úmrtím, psycho-sociálně patologickými jevy apod. Dle Kuzníkové (2011) k nejčastějším činnostem sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení patří:

- **Řešení situace akutně hospitalizovaných klientů.**
- **Sociální pomoc (nejen) u chronicky nemocných** – zde patří např. sociální poradenství, jednání s institucemi, plánování péče a sociální rehabilitace, zprostředkování specializovaných služeb a specializované pomoci, řešení finančních a bytových záležitostí, spolupráce s příbuznými či blízkými klienta a psychosociální podpora klienta.
- **Sociální prevence** – měla by zahrnovat rozhovor s každým pacientem a zjišťovat případné možné sociální obtíže a potřeby. Prostředkem sociální prevence je depistáž (vyhledávání) a zdravotně sociální poradenství.
- **Stanoví sociální anamnézy a prognózy** – s cílem reintegrace a zjištění, zda klientova sociální situace nebude narušovat jeho léčbu a zhoršovat zdravotní stav. Tam, kde reintegrace není možná, zajistit další formy pomoci a připravit rodinu na očekávané trvalé poškození zdravotního stavu klienta.

- **Aplikace metod sociální práce** – zejména individuální práce s klientem, sociální práce s rodinami, rodinná terapie anebo skupinová práce s klienty a příbuznými. V oblasti zdravotnictví by neměly být opomíjeny ani intervence zaměřené na komunitu. Bohužel jsou některé z nich v praxi sociálních pracovníků stále opomíjeny, např. sociální práce se skupinami¹⁷. Tato situace je ovlivněna zejména pracovním vytížením a nesporně i velkým množstvím administrativních úkonů.

Sociální práce ve zdravotnických zařízeních je tedy velmi různorodá a rozmanitá činnost.

Smyslem sociální práce ve zdravotnictví je zejména pomoci pacientovi, jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci (Kuzníková, 2011). Potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních je očividná. Díky §46 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, má nyní navíc každý pacient právo na sociálního pracovníka. V oblasti sociální práce je to velký pokrok. Díky tomuto ustanovení musí nyní lékaři přizvat sociální pracovníky k případům, kde to vyžaduje situace pacienta. Sociální pracovníci jsou tím více začleněni do procesu úzdravy pacienta a podporuje to spolupráci odborného týmu nemocnice, do kterého by měl patřit i zdravotně sociální pracovník.

¹⁷ Výjimkou je tradice skupinové práce v oborech psychiatrie (Kuzníková, 2011).

8 Práva pacientů: Přínos práva na sociálního pracovníka z pohledu sociální práce

(Rozhovor s vedoucí oddělení sociálních pracovníků jedné nejmenované pražské nemocnice)

S přijetím zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách mají nyní pacienti právo na sociálního pracovníka. Po shlédnutí webových stránek několika pražských nemocnic můžeme zjistit, že sociální pracovníci v nemocnicích opravdu fungují a jsou pacientům a jejich příbuzným k dispozici. Zajímalo mě, jaký je z pohledu sociálního pracovníka přínos tohoto práva pro nemocnici i pro samotné pacienty, a jestli je dostatečný počet sociálních pracovníků k zajištění tohoto práva. Zajímal mě také vztah sociálních pracovníků k právům pacienta a s jakým porušovaným právem pacienta se nejčastěji setkávají. Uskutečnila jsem proto rozhovor s vedoucí sociálních pracovníků jedné nejmenované pražské nemocnice¹⁸.

Považujete nové právo pacienta na sociálního pracovníka za přínos? Pokud ano, v čem?

„To, že je nyní právo pacienta na sociálního pracovníka zakotveno v zákoně, беру jako přínos. Nyní se musí ke každému případu, kde to situace vyžaduje, přivolat sociální pracovník. Velmi často jsme voláni k případům, kdy musí být pacient přeložen z akutního oddělení na oddělení následné péče (LDN). Lékaři se vždy snaží co nejdříve dostat pacienta z akutního oddělení na oddělení následné péče (LDN), a tím uvolnit lůžko na akutním oddělení potřebnějším pacientům. Před přijetím tohoto zákona šel pacient většinou přímo na oddělení následné péče provozované nemocnicí (LDN). Nyní nově vše musí jít přes sociálního pracovníka, který se přesně řídí zakázkou. V těchto případech vždy poskytneme pacientovi informace o všech možnostech následné péče a tím mu dáme možnost volby. Je mnoho pacientů, kteří si mohou dovolit jinou péči, než nemocniční, ale často o jiných možnostech nevědí. Jelikož má pacient právo na informace, my jim potřebné informace poskytneme. Je mnoho informací, které známe v nemocnici jen my, máme mnoho užitečných kontaktů.

To, že pacientům poskytujeme důležité a užitečné informace předchází také řadě stížností. Za poslední měsíc jsme na oddělení zabránili třem stížnostem na nemocnici tím, že jsme

¹⁸ Vedoucí sociálního oddělení si nepřála v práci uvádět název nemocnice, ani své vlastní jméno.

pacienty jako jediní informovali o jiných možnostech návazné péče. Původně chtěli na nemocnici podat stížnost kvůli nedostatečné informovanosti ze strany nemocnice o dalších možnostech léčby, díky nám si však stížnost rozmysleli. Často jsme pro pacienty jediní, kdo je vyslechne a pokusí se jim pomoci řešit jejich tíživou životní situaci. Pacienti jsou nám většinou velmi vděční.

Velmi často jsme také voláni k dětským pacientům. Zde se zpravidla zabýváme těmito oblastmi: 1) poradenstvím v oblasti dávek a služeb pro rodiny, 2) případy nejasných úrazů – často musíme kontaktovat OSPOD. Nemocnice má povinnost informovat OSPOD, pokud zjistí možné týrání dětí. Pokud by tuto skutečnost neoznámila, byla by nemocnice sankcionována, 3) mix obou těchto oblastí“.

Jaký máte vztah k právům pacienta a s jakým porušovaným patientským právem nejčastěji přicházíte do styku?

„Nejčastěji se setkávám s již zmíněnou špatnou informovaností pacientů, absencí ucelených informací pro pacienta a špatnou komunikací mezi zdravotnickým personálem a pacientem. Pacienti často neví, co s nimi bude, jaké mají možnosti, co mohou dělat. My jim v tomto ohledu pomáháme a snažíme se jejich tíživou situaci řešit. To platí i pro členy rodiny. Velmi často se na nás obrací rodiny pacientů a žádají nás o radu. Nejčastěji jde o příbuzné pacientů, kteří musí být přeloženi z LDN a rodina neví, kam s nemocným členem, o kterého se sami nemohou starat.

Vždy se snažíme, aby byla práva pacientů dodržována. Někdy to však není jednoduché. Právo jednoho pacienta končí tam, kde začíná právo druhého. Dobrým příkladem je právo pacienta být se svým asistenčním psem. Pokud jde o jednotku intenzivní péče, kde jsou další dva pacienti s alergií, musíme respektovat právo druhých dvou pacientů. Je vždy důležité rozlišit právo pacienta a práva ostatních pacientů“.

Jelikož má každý pacient právo na sociálního pracovníka, kolik pacientů ve vaší nemocnici spadá na jednoho sociálního pracovníka?

„V oddělení následné péče máme 4 sociální pracovníky, na jednoho sociálního pracovníka tak spadá 70 – 100 pacientů. V oddělení akutní péče máme 8 sociálních pracovníků, kde na jednoho sociálního pracovníka může spadat až 300 pacientů. V tomto oddělení však nemusí sociálního pracovníka potřebovat všichni, takže zde hodně záleží na potřebnosti. Někdy to může být 8, někdy 20 pacientů. Některé případy se vyřeší ihned, pacient pouze potřebuje některé informace. Některé případy jsou však složitější a potřebují

dlouhodobější intervenci. Především v zimě pak řešíme velký nápor osob bez přístřeší a řešení těchto problémů není jednoduché“.

Myslíte si, že je v nemocnici dostatek sociálních pracovníků?

*„Není, ještě bych minimálně potřebovala 3 sociální pracovníky. **Bohužel je sociální práce velmi nedoceněná činnost a na tuto činnost nejsou peníze.** Zdravotní pojišťovny financují provoz nemocnice, naše činnost však hrazena pojišťovnou není. **Sociální pracovníci jsou nepostradatelnou součástí nemocnice. Jsou to lidi, na které se mohou pacienti obrátit, když potřebují pomoci.** Jsou často jediní, kdo je vyslechne a pomůže jim tíživou životní situací řešit. **Bohužel nás je v nemocnicích málo.** Nemůžeme se každému věnovat tak, jak bychom chtěli. Lékaři od nás často očekávají, že všechno vyřešíme hned. To bohužel nejde. Je nás málo a pacientů je hodně. Vždy se ke každému dostaneme, někdy to však nejde okamžitě“.*

Dostáváte od pacientů zpětné vazby o své činnosti?

*„Stává se nám, že nám přijdou pacienti poděkovat. Jsou rádi, že jim někdo pomohl. Samozřejmě se k nám dostali i stížnosti, tomu se však nikde vyhnout nejde. Vždy nás potěší, když nám někdo naši práci ocení. Přeji si však, aby se tyto pochvaly dostaly výše, aby bylo vidět, že naše práce není marná a aby naše práce byla lépe oceněná. **Díky naší intervenci se nám daří eliminovat některé stížnosti pacientů na nemocnici, především v oblasti informovanosti. I pro nemocnici je výhodnější předcházet stížnostem, než je potom zpětně řešit“.***

Jak můžeme vidět, úloha sociálního pracovníka v nemocnici je velmi důležitá. Je to někdo, kdo se zajímá, co s pacientem bude, někdo, kdo se mu snaží skutečně pomoci. Nové právo pacienta na sociálního pracovníka je tedy určitě přínosem, jak pro samotného pacienta, tak i pro nemocnici. Jak lze z rozhovoru vyčíst, činnost sociálních pracovníků pomáhá eliminovat některé stížnosti pacientů na nemocnici. Jde zde především o oblast špatné informovanosti pacientů. S tímhle porušovaným patientským právem se také sociální pracovníci v této nemocnici nejčastěji setkávají. Sociální pracovníci jsou ti, kteří poskytnou pacientům užitečné informace, které postrádají ze strany lékařů. Zajímají se, co s pacientem bude, snaží se mu pomoci. Bohužel je tato profese stále nedoceněná. V nemocnicích je stále velmi málo sociálních pracovníků a myslím si, že se ani v nejbližší době jejich počet nezvýší. Naše zdravotnictví se neustále potýká s finančními problémy a na zřízení většího počtu míst pro sociální pracovníky peníze nezbudou.

Závěr

Práva pacientů jsou základní lidská práva, která musí být důsledně chráněna legislativou. Na poli ochrany patientských práv vzniklo mnoho mezinárodních dokumentů, které tyto práva zakotvují. Již Všeobecná deklarace lidských práv (1948) v článku 25 říká, že: „*každý má právo na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt...*“. I když šlo jen o politický dokument, stal se prvním mezinárodním dokumentem uznávajícím nezadatelná lidská práva a stal se také mezinárodním vzorem pro sociální politiku. Na tomto poli vzniklo daleko více dokumentů. Za zmínku určitě stojí Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech (1966), Úmluva o právech dítěte (1989) či Úmluva o právech osob se zdravotním znevýhodněním (2006) (vše OSN). Zde je však potřeba rozlišit základní lidské právo na zdraví, které je povinnou mírou solidarity, a právo pacienta na důstojné zacházení ze strany zdravotníků, které znamená ukončení paternalismu v medicíně. Velmi důležitým dokumentem na poli práv pacientů se stal dokument Rady Evropy: Úmluva o biomedicíně. Tato úmluva se stala prvním mezinárodním a právně závazným dokumentem, který se zabývá právy pacientů. Vzniklo také mnoho deklarací a kodexů, které sice nejsou právně závazné, staly se však určitým doporučením pro formování národních sociálních politik. Ze zmínku určitě stojí Lisabonská deklarace o právech pacientů (WMA, 1981), Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě (WHO/EURO, 1994) či Všeobecná deklarace o lidském genomu a lidských právech (UNESCO, 1997). V České republice vydala Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR Etický kodex práv pacientů v roce 1992. Na našem území dlouhou dobu platil zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Vymezoval povinnosti státu, zdravotnických zařízení i uživatelů zdravotnických služeb a určoval zásady zdravotnické péče. V roce 2011 byl tento zákon nahrazen zákonem č. 372/2011, o zdravotních službách, který v některých svých částech poměrně obsáhle uznává práva pacientů. Nesmíme zapomínat také na práva duševně chorých pacientů. Na tomto poli byli přijaty různé deklarace, např. Deklarace práv lidí s duševní poruchou (OSN, 1971) či Deklarace práv duševně nemocných (Světová federace duševního zdraví, 1989). OECD v roce 2004 vydala technický dokument č.17 s názvem „Výběr indikátorů kvality péče o duševní zdraví na úrovni zdravotnických systémů v zemích OECD“. Tento dokument představuje určitý konsenzus - doporučení mezinárodní skupiny odborníků v oblasti indikátorů kvality péče o duševní zdraví. Zde bohužel v rámci legislativy chybí jednotná koncepce, zákon, který by práva duševně chorých pacientů zakotvoval. Česká republika bohužel nemá žádné právní normy, které by specificky ochranu osob s duševními chorobami upravovaly.

Realizace práv pacientů má však své určité limity. Prvním z nich jsou psychické limity. Zde důležitou úlohu hrají vztahy mezi lékaři a jejich pacienty. Lékař má většinou dominantní postavení, které je dáno jeho specializovanou vzdělaností. V dnešní době se však usiluje o fakticky vyvážený vztah založený na vzájemné spolupráci, neboli partnerství. Pacient již není pasivním objektem léčby, ale aktivně se účastní procesu léčby. Zapomenout bychom neměli na roli zdravotní sestry, která bývá pacientovou oporou a často hraje roli prostředníka mezi lékařem a pacientem. Dalším limitem jsou ekonomické limity povinné solidarity. Zde významnou úlohu hraje financování zdravotnictví. Dnešní zdravotnictví se potýká s ekonomickými problémy, které úzce souvisí s kvalitou poskytované péče. Podstatným prvkem financování zdravotní péče u nás je všeobecné zdravotní pojištění, které funguje jako stabilizující prvek veřejných financí. Do sociálně nerovného vztahu mezi poskytovatelem zdravotní péče a pacientem se tak postavil třetí subjekt, pojišťovna, která má za úkol dohlížet na přiměřenou cenu za poskytnuté lékařské výkony a platby pojistného pojištěnci. Mezi další limity patří organizačně systémové limity v souvislosti s privatizací nemocnic. Převod nemocnic na akciové společnosti přinesl určitá pozitiva. Mezi ně patří mimo jiné růst výkonnosti zdravotnických zařízení, vystavení těchto zařízení tlaku na zvýšení kvality poskytovaných služeb, zavádění inovací, hospodárnější využívání disponibilních zdrojů. Privatizace přinesla ovšem také negativa. Jedním z nich je např. dopad na zdravotní péči a omezení jejího rozsahu. Zde došlo k zúžení nabídky poskytované péče a rušení ztrátových, i když potřebných oddělení, k úbytku lůžek, někde k rušení celých oddělení. K limitům realizace práv pacientů patří také právní limity v souvislosti s nadstandardy ve zdravotnictví. Do roku 2012 v České republice neexistovala právní úprava, která by jakkoli nadstandardní zdravotní péči upravovala. S přijetím zákona č. 298/2011, o veřejném zdravotním pojištění došlo k rozdělení péče na standardní (základní varianta) a nadstandardní (ekonomicky náročnější varianta). Rozdělení zdravotní péče na standardní a nadstandardní nám nyní dává právo vybrat si mezi základní či ekonomicky náročnější variantou poskytnutí zdravotní péče. Pokud si zvolíme nadstandardní zdravotní péči, zaplatíme jen rozdíl mezi touto ekonomicky náročnější variantou a základní variantou.

Velmi významnou součástí zdravotního personálu nemocnic jsou sociální pracovníci. Průkopnicí v úsilí zdravotníků o sociální práci s pacientem byla Florence Nightingaleová (1820-1910), která bojovala za práva pacientů, zavedla nemocenské dávky, starala se jak o fyzické tak i psychické a sociální potřeby pacientů. Výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka u nás definuje zákon č. 105/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností

souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Činnosti zdravotně sociálního pracovníka jsou pak vymezeny vyhláškou 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Díky §46 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, má nyní navíc každý pacient právo na sociálního pracovníka. Po rozhovoru s vedoucí sociálních pracovníků jedné nejmenované pražské nemocnice můžeme vidět, že sociální práce je nepostradatelnou součástí nemocnic a přínos tohoto práva je pro pacienty i pro nemocnici nemalý. Sociální pracovníci jsou lidi, na které se mohou pacienti kdykoli obrátit. Jsou často jediní, kdo jim pomáhá řešit jejich tíživou životní situaci. Pacienti si velmi často stěžují na špatnou informovanost ze strany lékařů a jiných zdravotnických pracovníků, především v oblasti informovanosti o další možné léčbě (velmi často v případě překladu z akutního oddělení na oddělení následné péče). V tomhle ohledu se jim snaží sociální pracovníci pomoci a poskytnout jim důležité informace ohledně další možné léčby. Sociální pracovníci disponují nejrůznějšími užitečnými informacemi a kontakty, o kterých samotní lékaři nemusí vědět. Díky tomu, že se snaží pomoci pacientům, pomáhají také nemocnici. Ne jednou chtěli pacienti podat stížnosti na nemocnici za špatnou komunikaci a informovanost ze strany lékařů, ale díky intervenci sociálních pracovníků si to rozmysleli. Bohužel sociální práce je stále velmi nedoceněná činnost a sociálních pracovníků je velmi málo. Na výkon této profese nemá nemocnice dostatečné finanční prostředky. Doufám, že se situace v budoucnu změní a sociální práce se stane zaslouženě oceněnou prací.

Seznam literatury

- Bartošíková, I.: *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-439-9
- Bullough, B., Bullough, V.: *Nursing In The Community*. Missouri(USA): The C.V.Mosby Company, 1990. ISBN 0-8016-6065-3
- Česká lékařská komora: *Historie a význam*. Kolektiv autorů. Grada: Praha, 2011 ISBN 978-80-247-3973-1
- Duinová, N., Sutcliffová, J.: *Historie medicíny*. Praha: Nakladatelství Slovart, 1997. ISBN 80-85871-04-1
- Durdisová, J., Mertl, J.: *K otázce standardu a nadstandardu v relaci k veřejným investicím do lidského kapitálu zdraví*. Praha: Relik, 2011. ISBN 978-80-86175-75-1
- Durdisová, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha : Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9
- Gladkij a kol.: *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8
- Hanušová, P., Angelovská, O.: *Rozdíly v zájmech aktérů veřejné správy a dalších aktérů v českém zdravotnictví*. Sborník příspěvků VI. ročníku mezinárodní konference Veřejná ekonomika a správa 2005. [CD-ROM]. Ostrava: VŠB – TU Ostrava, 2005. ISBN 80-248-0876-5.
- Honzák, R.: *Komunikační pasti v medicíně*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-60-4
- Hořejší, J.: *Moc a nemoc medicíny*. Praha: Makropulost, 1998. ISBN 80-86003-16-7
- Chrobok, V.: *Privatizace nemocnic v České republice*. Bakalářská práce. Univerzita Karlova v Praze: Fakulta sociálních věd, 2008.
- Janáčková, L., Weiss, P.: *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9
- Kala, M., Kubínek, R.: *Nemocnice, aneb Rukověť zvědavého pacienta*. Olomouc: Rubico, 2000. ISBN 80-85839-47-4
- Kavka, S.: *Světová zdravotnická organizace*. Praha: Avicenum, 1989.
- Koldinská, K. a kol.: *Sociální zabezpečení osob migrujících mezi státy EU*. Praha: C.H.Beck, 2012. ISBN 978-80-7400-439-1
- Konečná, H., Slouková, D., Mardešić, T.: *Medicína založená na důvěře. O nebohém pacientovi v postmoderní době*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-878-0

- Koňářková, T.: *Privatizace krajských nemocnic – příležitost či ohrožení?* Brno: Masarykova Univerzita. Diplomová práce, 2006.
- Kořenek, J.: *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-235-4
- Kutnohorská, J.: *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2
- Kuzníková, I.: *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1
- Le Fanu, J.: *Vzestup a pád moderní medicíny*. Praha: Academia, 2001. ISBN 80-200-0879-9
- Malý, I.: *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví..* Brno: Masarykova univerzita Brno, 1998. ISBN 80-210-2006-7.
- Matoušek, O.: *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7
- Munzarová, M.: *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0924-4
- Niklíček, L.: *Dějiny medicíny v číslech a datech*. Praha: Avicenum, 1985
- Prymula, R., Beran, J., Antoš, K.: *Vybrané kapitoly ze zdravotnického managementu – zdravotnické systémy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999. ISBN 80-7041-243-7
- Rowe, A., García-Barbero, M.: *Regulation and licensing of physicians in the WHO European Region*. World Health Organisation, 2005.
- Scheffler, M. R.: *Mental health care reform in the Czech and Slovak republics, 1989 to the present*. Prague: Karolinum Press, 2008. ISBN 978-80-246-1466-3
- Schreiber, V.: *Medicína na přelomu tisíciletí*. Praha: Academia, 2000.
- Štěpánová, P.: *Práva pacientů, jejich definice a dodržování v České republice*. Praha: Karlova Univerzita. Bakalářská práce, 2009. ISBN 80-200-0822-5
- Tomeš, I.: *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5
- Tomeš, I.: *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3
- Tyl, J., Schreiber, F. a kol.: *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-654-6
- Vepřek, J., Vepřek, P., Janda, J.: *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0347-5
- Vurm, V. a kol.: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9

- Weitz, R.: *The Sociology of Health, Illness, and Health Care. A Critical Approach*. Boston: Wadsworth Cengage Learning, 2010. ISBN- 13: 978-1-4390-4203-8
- Zavázalová, H.: *Inovované dodatky k vybraným kapitolám ze sociálního lékařství*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1569-1
- Zavázalová, H.: *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0467-1

Internetové zdroje

- Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, dostupné na: www.cmhcd.cz, ze dne 20.1.2013
- Česká alzheimerská společnost, dostupná na: www.alzheimer.cz, ze dne 30.1.2013
- Česká asociace pro psychické zdraví, dostupné na: <http://capz-esprit.sweb.cz/>, ze dne 30.1.2013
- Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, dostupné na www.cls.cz, ze dne 20.10.2012
- Česká lékařská komora, dostupná na <http://www.lkcr.cz/clk-2.html>, ze dne 5.1.2013
- Česká televize: *Ministerstvo má definitivní seznam nadstandardů*, ze dne 16.12.2011. Dostupné na: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/157168-ministertvo-ma-definitivni-seznam-nadstandardu/>, dne 20.10.2012
- Epravo: http://www.epravo.cz/v01/index.php3?s1=1&s2=X&s3=X&s4=X&s5=S&s6=1&m=1&typ=clanky&recid_cl=37031, ze dne 17.6.2009
- *Etický kodex práv pacientů*, 1992. Dostupný na: <http://www.mpsv.cz/cs/840>, ze dne 12.11.2012
- Finance.cz: *Důchodové systémy v Evropě*. Dostupné na: <http://www.finance.cz/zpravy/finance/42149-duchodove-systemy-v-evrope/>, ze dne 19.1.2013
- Fakultní nemocnice Plzeň: *Časopis Naše nemocnice*, Kořínková, J.: článek: *Vztah lékaře a pacienta nemusí být vždy ideální*, dostupné na http://www.fnplzen.cz/dokumenty/casopis/09_10.pdf, ze dne 18.10.2012
- Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, dostupné na www.fnkv.cz, ze dne 20.10.2012

- Gill, CH.J., Gill, G.C.: *Nightingale in Scutari: Her Legacy Reexamined*. Center for International Health, Department of International Health, Boston University School of Public Health, Boston, Massachusetts, 2005. Dostupné na: <http://www.countryjoe.com/nightingale/FN%20in%20CID%20final.pdf>, ze dne 13.3.2013
- *Hippokratova přísaha*, dostupná na: http://www.clkuo.cz/dokumenty/prolekare/hippokratova_prisaha.htm, ze dne 12.11.2012
- International Labour Organisation (ILO), dostupné na www.ilo.org, ze dne 1.1.2013
- Lidové noviny, dostupné na www.lidovky.cz, ze dne 20.10.2012
- Mašek, F.: *Kolik si připlatíme na zdravotnictví?* Článek dostupný na: <http://www.penize.cz/zdravotnictvi/215874-kolik-si-priplatime-na-zdravotnictvi>, ze dne 20.10.2012
- Mezinárodní klasifikace nemocí, dostupná na: <http://www.who.int/classifications/icd/icd10updates/en/index.html>, ze dne 30.1.2013
- Ministr zdravotnictví Leoš Heger, článek: *Pozitivní zpráva pro zdravotnictví! Zrevidovali jsme seznam zdravotních výkonů*, ze dne 7.6.2011, dostupný na: <http://www.leosheger.cz/news/pozitivni-zprava-pro-zdravotnictvi-zrevidovali-jsme-seznam-zdravotnich-vykonu/>, ze dne 20.10.2012
- Ministerstvo práce a sociálních věcí, dostupné na www.mpsv.cz, ze dne 20.1.2013
- Ministerstvo zdravotnictví, dostupné na www.mzcr.cz, ze dne 20.10.2012
- Národní rada osob se zdravotním postižením, dostupná na: <http://www.nrzp.cz/>, ze dne 20.1.2013
- OECD (Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj), dostupné na: www.oecd.org, ze dne 13.6.2011
- Organizace spojených národů, dostupné na: www.osn.cz, ze dne 12.11.2012
- Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR, dostupné na: www.psp.cz, ze dne 13.3.2013
- Portál veřejné správy ČR, dostupné na www.portal.gov.cz, ze dne 20.10.2012
- Potrál zdraví EU, http://ec.europa.eu/health-eu/index_cs.htm, ze dne 13.6.2011
- Právo a medicína: <http://medico.juristic.cz/114039>, ze dne 4.5.2009
- Rozhodnutí ústavního soudu, sp.zn. Pl ÚS 1/12 #1, ze dne 27.11.2012, dostupné na www.nalus.usoud.cz, dne 30.1.2013
- Sdružení soukromých nemocnic, dostupné na: www.ssncr.cz, ze dne 20.4.2012

- Sobotka, B. (Česká strana sociálně demokratická): *Poslanci ČSSD navrhli Ústavnímu soudu zrušit první část tzv. zdravotnické reformy*. Dostupné na: <http://www.cssd.cz/media/tiskove-zpravy/poslanci-cssd-navrhli-ustavniimu-soudu-zrusit-prvni-cast-tzv-zdravotnicke-reformy/>, ze dne 20.10.2012
- Severová, J.: *Sociální práce ve zdravotnictví*. Mladá fronta Zdravotnické noviny, online, 11.9.2005. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/socialni-prace-ve-zdravotnictvi-293810>, ze dne 11.3.2013
- *Stížnost ČSSD k Ústavnímu soudu ČR ve věci vládní první části tzv. zdravotnické reformy*, dostupné na: <http://www.cssd.cz/aktualne/aktuality/stiznost-cssd-k-ustavniimu-soudu-cr-ve-veci-vladni-prvni-casti-tzv-zdravotnicke-reformy/>, ze dne 20.10.2012
- Šarišská, R.: *Kvalita zdravotní péče není jen na rozhodování ministerstva*. Hnutí OMNO, online, 1.8.2011, dostupné na: <http://www.hnutiommo.cz/news/kvalita-zdravotni-pece-neni-jen-na-rozhodovani-ministerstva/>, ze dne 12.11.2012
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), dostupné na: www.unesco.org, ze dne 1.1.2013
- United Nations: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150>, ze dne 12.11.2012
- Větvička, V.: *Budoucnost zdravotní péče: role sestry*. Mladá fronta Zdravotnické noviny, online. Dostupné na: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/budoucnost-zdravotni-pece-role-sestry-457205>, ze dne 18.10.2012
- Všeobecná zdravotní pojišťovna: www.vzp.cz, ze dne 20.10.2012
- World Health Organisation: <http://www.who.int/genomics/public/patientrights/en/>, ze dne 12.11.2012
- World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace): <http://www.who.cz/zaklinf.htm>, ze dne 12.11.2012
- Zákutný, P.: *Převod zdravotnických zařízení na Zlínský kraj – základní údaje*. Zlínský kraj, dostupné na: <http://www.kr-zlinsky.cz/vismo/dokumenty2.php?ID=109350>, ze dne 15.4.2012)
- Zdravotnické noviny, článek: *Paternalistický přístup lékaře patří do minulosti?* 25.2.2012. Dostupné na: <http://www.zdravky.cz/infoservis-vzp/aktualne/paternalisticky-pristup-lekare-k-pacientovi-patri-do-minulosti>, ze dne 18.10.2012
- Zdravotnické noviny, článek: *Mzdy v privátních zařízeních jsou výrazně nižší*. 8.2.2006. Dostupné na <http://www.zdn.cz/clanek/zdravotnicke-noviny/mzdy-v-privatnich->

zdravotnických-zarizenich-jsou-vyrazne-nizsi-170768?category=z-domova, ze dne 12.11.2012

- Zdravotnická zařízení v ČR: Síť zdravotnických zařízení 2010 a 2011, dostupné na: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-zarizeni/zdravotnicka-zarizeni-cr>, ze dne 1.1.2013

Mezinárodní dokumenty

- *Akční plán duševního zdraví pro Evropu*, EUR/04/5047810/7, vydané Světovou zdravotnickou organizací pro Evropu. Helsinky, 14.1.2005. Dostupné na http://www.cmhd.cz/dokumenty/akcniplanMHHelsinky_cesky.pdf, ze dne 20.1.2013
- *Convention of the Rights of Persons with Disabilities*, New York, 2006. Dostupné na: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=12&pid=150>, ze dne 12.11.2012
- *Deklarace lidských práv a duševního zdraví*, 1989, dostupné na: <http://capz-esprit.sweb.cz/>, ze dne 20.1.2013
- *Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě*, Kodaň, 1994. Dostupná na: <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=56>, ze dne 12.11.2012
- *Deklarace práv duševně nemocných*, Luxor, 1989, dostupné na: <http://capz-esprit.sweb.cz/>, ze dne 20.1.2013
- *Evropská sociální charta*, Turín, 1961. Dostupná na: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/1218/esch.pdf>, ze dne 12.11.2012
- *International Declaration on Human Genetic Data*, přijata 16.10.2003, dostupné na: <http://portal.unesco.org/en/>, ze dne 13.3.2013
- Konsolidované znění Smlouvy o Evropské unii a Smlouvy o fungování Evropské unie (*Lisabonská smlouva*, Lisabon, 2007), dostupné na: <http://www.mvcr.cz/clanek/agenda-eu-na-mv-lisabonska-smlouva.aspx>, dne 2.1.2012
- *Listina základních práv EU*, Nice, 2000. Dostupná na: <https://www.euroskop.cz/627/sekce/charta-zakladnich-prav-eu/>, ze dne 10.3.2013
- *Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech*, New York, 1966. Dostupný na: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/>, ze dne 12.11.2012
- *Úmluva o právech dítěte*, New York, 1989. Dostupná na <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/>, ze dne 12.11.2012

- *United Nations. Human Rights. Economic, Social and Cultural Rights. Handbook for National Human Rights Institutions.* New York and Geneva, 2005
- *Universal Declaration of Bioethics and Human Rights*, přijata 19.10.2005, dostupná na <http://portal.unesco.org/en/>, ze dne 1.1.2013
- *Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights*, přijata 12.11.1997, dostupné na <http://portal.unesco.org/en/>, ze dne 1.1.2013
- *Všeobecná deklarace lidských práv*, 1948, dostupná na <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/>, ze dne 12.11.2012
- *World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient*, 2005. Dostupná na <http://www.wma.net/e/policy/14.htm>, ze dne 12.11.2012

České legislativní prameny

- *Listina základních práv a svobod*, 1992. Dostupná na: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>, ze dne 12.11.2012
- *Ústava České republiky*, 1993, dostupná na: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_name=%C3%BAstava&PC_8411_l=1/1993&PC_8411_ps=10#10821, ze dne 12.11.2012
- *Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění* (včetně novely č. 298/2011 Sb. a 369/2011 Sb.), dostupné na: www.portal.gov.cz, ze dne 20.2.2012
- *Zákon č. 105/2011 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče*, dostupný na: www.mzcr.cz, ze dne 13.3.2013
- *Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních*, dostupný na http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/zakon_nzz.html, ze dne 6.12.2012
- *Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (Antidiskriminační zákon)*, dostupný na: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-198>, ze dne 20.1.2013
- *Zákon č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře*, dostupný na http://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/pracovnici-ve-zdravotnictvi_1792_11.html, ze dne 5.1.2013

- *Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů*, dostupný na www.epravo.cz, ze dne 1.1.2013
- *Zákon č. 290/2002 Sb. o přechodu některých dalších věcí, práv a závazků České republiky na kraje a obce, občanská sdružení působící v oblasti tělovýchovy a sportu a o souvisejících změnách a o změně zákona č. 157/2000 Sb., o přechodu některých věcí, práv a závazků z majetku České republiky, ve znění zákona č. 10/2001 Sb., a zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů*, dostupný na www.zakonyprolidi.cz, ze dne 1.1.2013
- *Zákon č. 372/2011, o zdravotních službách*, dostupný na: <http://www.epravo.cz/top/zakony/sbirka-zakonu/zakon-ze-dne-6-listopadu-2011-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-18611.html>, ze dne 20.1.2013
- *Vyhláška č. 55/2011, o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*, dostupná na: www.mzcr.cz, ze dne 13.3.2013
- *Vyhláška č. 425/2011 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2012*, dostupná na: www.mzcr.cz, ze dne 20.10.2012

Příloha č. 1

Hippokratova přísaha

Přisahám a volám Apollóna lékaře a Asképie a Hygieu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat.

Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit, jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou stejní jako moji bratři. Pokud znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné. Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k potratu.

Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovéto řemeslo provádějí.

Do všech domů, kam vstoupím budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co nesmí se sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti.

Když tuto přísahu dodržím a neporuším, necht' ve mém životě i ve mém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, necht' stane se pravý opak.

Příloha č.2

World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient (Lisabonská deklarace práv pacientů)

World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient Adopted by the 34th World Medical Assembly, Lisbon, Portugal, September/October 1981, and amended by the 47th WMA General Assembly, Bali, Indonesia, September 1995, and editorially revised at the 171st Council Session, Santiago, Chile, October, 2005.

PREAMBLE

The relationship between physicians, their patients and broader society has undergone significant changes in recent times. While a physician should always act according to his/her conscience, and always in the best interests of the patient, equal effort must be made to guarantee patient autonomy and justice. The following Declaration represents some of the principal rights of the patient that the medical profession endorses and promotes. Physicians and other persons or bodies involved in the provision of health care have a joint responsibility to recognize and uphold these rights. Whenever legislation, government action or any other administration or institution denies patients these rights, physicians should pursue appropriate means to assure or to restore them.

PRINCIPLES

1. Right to medical care of good quality

- a. Every person is entitled without discrimination to appropriate medical care.
- b. Every patient has the right to be cared for by a physician whom he/she knows to be free to make clinical and ethical judgements without any outside interference.
- c. The patient shall always be treated in accordance with his/her best interests. The treatment applied shall be in accordance with generally approved medical principles.
- d. Quality assurance should always be a part of health care. Physicians, in particular, should accept responsibility for being guardians of the quality of medical services.
- e. In circumstances where a choice must be made between potential patients for a particular treatment that is in limited supply, all such patients are entitled to a fair selection procedure

for that treatment. That choice must be based on medical criteria and made without discrimination.

- f. The patient has the right to continuity of health care. The physician has an obligation to cooperate in the coordination of medically indicated care with other health care providers treating the patient. The physician may not discontinue treatment of a patient as long as further treatment is medically indicated, without giving the patient reasonable assistance and sufficient opportunity to make alternative arrangements for care.

2. Right to freedom of choice

- a. The patient has the right to choose freely and change his/her physician and hospital or health service institution, regardless of whether they are based in the private or public sector.
- b. The patient has the right to ask for the opinion of another physician at any stage.

3. Right to self-determination

- a. The patient has the right to self-determination, to make free decisions regarding himself/herself. The physician will inform the patient of the consequences of his/her decisions.
- b. A mentally competent adult patient has the right to give or withhold consent to any diagnostic procedure or therapy. The patient has the right to the information necessary to make his/her decisions. The patient should understand clearly what is the purpose of any test or treatment, what the results would imply, and what would be the implications of withholding consent.
- c. The patient has the right to refuse to participate in research or the teaching of medicine.

4. The unconscious patient

- a. If the patient is unconscious or otherwise unable to express his/her will, informed consent must be obtained whenever possible, from a legally entitled representative.
- b. If a legally entitled representative is not available, but a medical intervention is urgently needed, consent of the patient may be presumed, unless it is obvious and beyond any doubt on the basis of the patient's previous firm expression or conviction that he/she would refuse consent to the intervention in that situation.
- c. However, physicians should always try to save the life of a patient unconscious due to a suicide attempt.

5. The legally incompetent patient

- a. If a patient is a minor or otherwise legally incompetent, the consent of a legally entitled representative is required in some jurisdictions. Nevertheless the patient must be involved in the decision-making to the fullest extent allowed by his/her capacity.

- b. If the legally incompetent patient can make rational decisions, his/her decisions must be respected, and he/she has the right to forbid the disclosure of information to his/her legally entitled representative.
- c. If the patient's legally entitled representative, or a person authorized by the patient, forbids treatment which is, in the opinion of the physician, in the patient's best interest, the physician should challenge this decision in the relevant legal or other institution. In case of emergency, the physician will act in the patient's best interest.

6. Procedures against the patient's will

Diagnostic procedures or treatment against the patient's will can be carried out only in exceptional cases, if specifically permitted by law and conforming to the principles of medical ethics.

7. Right to information

- a. The patient has the right to receive information about himself/herself recorded in any of his/her medical records, and to be fully informed about his/her health status including the medical facts about his/her condition. However, confidential information in the patient's records about a third party should not be given to the patient without the consent of that third party.
- b. Exceptionally, information may be withheld from the patient when there is good reason to believe that this information would create a serious hazard to his/her life or health.
- c. Information should be given in a way appropriate to the patient's culture and in such a way that the patient can understand.
- d. The patient has the right not to be informed on his/her explicit request, unless required for the protection of another person's life.
- e. The patient has the right to choose who, if anyone, should be informed on his/her behalf.

8. Right to confidentiality

- a. All identifiable information about a patient's health status, medical condition, diagnosis, prognosis and treatment and all other information of a personal kind must be kept confidential, even after death. Exceptionally, descendants may have a right of access to information that would inform them of their health risks.
- b. Confidential information can only be disclosed if the patient gives explicit consent or if expressly provided for in the law. Information can be disclosed to other health care providers only on a strictly "need to know" basis unless the patient has given explicit consent.

- c. All identifiable patient data must be protected. The protection of the data must be appropriate to the manner of its storage. Human substances from which identifiable data can be derived must be likewise protected.

9. Right to Health Education

Every person has the right to health education that will assist him/her in making informed choices about personal health and about the available health services. The education should include information about healthy lifestyles and about methods of prevention and early detection of illnesses. The personal responsibility of everybody for his/her own health should be stressed. Physicians have an obligation to participate actively in educational efforts.

10. Right to dignity

- a. The patient's dignity and right to privacy shall be respected at all times in medical care and teaching, as shall his/her culture and values.
- b. The patient is entitled to relief of his/her suffering according to the current state of knowledge.
- c. The patient is entitled to humane terminal care and to be provided with all available assistance in making dying as dignified and comfortable as possible.

11. Right to religious assistance

The patient has the right to receive or to decline spiritual and moral comfort including the help of a minister of his/her chosen religion.

Příloha č. 3

Deklarace o prosazování práv pacientů v Evropě

Kodaň, Dánsko, duben 1994.

Regionální úřadovna WHO (Světová zdravotnická organizace) pro Evropu.

OBSAH

1. PRÁVA PACIENTŮ
2. INFORMACE
3. SOUHLAS
4. DŮVĚRNOST A SOUKROMÍ

1. PRÁVA PACIENTŮ

- 1.1. Lidská práva a hodnoty ve zdravotní péči
 - 1.1.1. Každý má právo na respekt vůči své osobě, jako lidské bytosti.
 - 1.1.2. Každý má právo sám o sobě rozhodovat.
 - 1.1.3. Každý má právo na tělesnou a duševní nedotknutelnost a na bezpečnost své osoby.
 - 1.1.4. Každý má právo na respekt vůči svému soukromí.
 - 1.1.5. Každý má právo na to, aby byly respektovány jeho morální zásady a kulturní hodnoty, náboženské a filozofické přesvědčení.
 - 1.1.6. Každý má právo na takovou ochranu zdraví, jakou je možno zajistit preventivními opatřeními a zdravotní péčí a možností usilovat o nejvyšší dosažitelnou úroveň svého zdraví.

2. INFORMACE

- 2.1. Informace o zdravotních službách a o jejich nejlepším využití musejí být dostupné veřejnosti, aby z nich měli prospěch všichni, jichž se to týká.
- 2.2. Pacienti mají právo na úplné informace o svém zdravotním stavu, včetně medicínských poznatků o svém zdravotním stavu, jakož i o navrhované léčbě,

- možných rizicích a výhodách každého postupu; o alternativách k navrhovaným postupům, včetně důsledků neléčení; a dále o diagnóze, prognóze a pokroku v léčení.
- 2.3. Informace mohou být výjimečně před pacienty utajeny, pokud existuje závažný důvod se domnívat, že tyto informace (aniž od nich můžeme očekávat pozitivní účinek) by jim mohly způsobit vážnou škodu.
 - 2.4. Informace musejí být pacientovi sděleny způsobem odpovídajícím jeho schopnostem jim porozumět, při minimálním použití neznámé, odborné terminologie. Pokud pacient nemluví stejným jazykem, měla by být k dispozici určitá forma tlumočení.
 - 2.5. Pacienti mají právo nebýt informováni, pokud o to výslovně požádají.
 - 2.6. Pacienti mají právo zvolit si, zda a komu má informace být poskytnuta místo nich.
 - 2.7. Pacienti by měli mít možnost vyžádat si názor dalšího odborníka.
 - 2.8. Při přijetí do zdravotnického zařízení by pacienti měli být seznámeni s totožností a odborným postavením osob, které jim poskytují zdravotní péči, a dále o pravidlech a zvyklostech, platných pro jejich pobyt a péči.
 - 2.9. Při propuštění ze zdravotnického zařízení by pacienti měli mít možnost na požádání dostat písemný záznam o jejich diagnóze, terapii a poskytované péči.

3. SOUHLAS

- 3.1. Informovaný souhlas pacientů je předpoklad pro jakýkoliv lékařský zákrok.
- 3.2. Pacient má právo odmítnout nebo přerušit lékařský zákrok. Důsledek odmítnutí nebo přerušování zákroku je nutno pacientovi pečlivě vysvětlit.
- 3.3. Pokud pacient není schopný vyjádřit svou vůli a lékařský zákrok je naléhavě nutný, lze souhlas pacienta předpokládat, pokud není zřejmé z jeho dřívějšího vyjádření, že by za dané situace souhlas odmítl.
- 3.4. Pokud je nutný souhlas zákonného zástupce, a zákrok je naléhavě nutný, pak zákrok může být proveden, pouze pokud není možné souhlas zástupce získat dostatečně rychle.
- 3.5. Pokud je nutný souhlas zákonného zástupce, pacienti (až již z důvodu nedosažení plnoletosti nebo plnoletí) musejí nicméně být v maximální míře zapojeni do procesu rozhodování v závislosti na jejich schopnostech.
- 3.6. Pokud zákonný zástupce odmítne dát souhlas a lékař nebo jiný poskytovatel zdravotní péče je toho názoru, že zákrok je v zájmu pacienta, pak je nutno vyžádat rozhodnutí soudu nebo jiného rozhodčího orgánu.

- 3.7. Ve všech ostatních situacích, kdy pacient není schopen dát informovaný souhlas a neexistuje zákonný zástupce nebo zástupce pověřený pro tento účel pacientem, by měly být podniknuty přiměřené kroky, zajišťující náhradní rozhodnutí, které bude brát v úvahu, co je známo, a pokud možno i co lze předpokládat o přáních pacienta.
- 3.8. Souhlas pacienta je vyžadován pro uchování a použití veškerých částí lidského těla. Souhlas lze předpokládat, pokud mají být tyto použity během diagnózy, léčby a péče u téhož pacienta.
- 3.9. Informovaný souhlas pacienta je nezbytný pro jeho zapojení do klinické výuky.
- 3.10. Informovaný souhlas pacienta je předpokladem pro účast na vědeckém výzkumu. Veškeré protokoly musejí být podrobeny řádnému etickému posouzení. Tento výzkum by neměl být prováděn na osobách, které nemohou vyjádřit svou vůli, kromě případů, kdy byl získán souhlas od zákonného zástupce a lze předpokládat, že výzkum je v zájmu pacienta. Z podmínky, že účast na výzkumu má být v zájmu pacienta, lze výjimečně slevit v případě osob nezpůsobilých, pokud se jedná o výzkum pozorování, které nepřináší přímý prospěch jejich zdraví, za předpokladu, že osoba neprojevuje odpor, a že riziko, popř. zátěž pro ni je minimální, že výzkum přínos, a že pro takový výzkum nejsou k dispozici žádné alternativní metody nebo jiné subjekty.

4. DŮVĚRNOST A SOUKROMÍ

- 4.1. Veškeré informace o pacientově zdravotním stavu, lékařském nálezu, diagnóze, prognóze a léčbě a veškeré další informace osobního rázu musejí být zachovávány jako důvěrné, a to i po smrti.
- 4.2. Důvěrné informace mohou být sdělovány dál pouze tehdy, dá-li pacient výslovný souhlas, nebo pokud tak výslovně stanoví zákon. Souhlas je možno považovat za daný, jde-li o sdělení jiným poskytovatelům péče o téhož pacienta.
- 4.3. Veškeré identifikovatelné údaje o pacientovi musejí být chráněny. Ochrana údajů musí odpovídat způsobu jejich uložení. Veškeré součásti lidského těla (humánní substance), z nichž je možno odvolit identifikovatelné údaje, musejí být stejně chráněny.
- 4.4. Pacienti mají právo přístupu ke své zdravotní kartě a technickým záznamům a jakékoli další zdravotní dokumentace související s jejich diagnózou, léčbou a mají právo obdržet kopii vlastní dokumentace, záznamů nebo jejich části. Vyloučen je však přístup k údajům týkajícím se třetích osob.

- 4.5. Pacienti mají právo žádat o opravu, vymazání, upřesnění nebo aktualizaci osobních údajů nebo zdravotní dokumentace, která se jich týká, pokud jsou nepřesné, neúplné, nejednoznačné nebo zastaralé nebo se netýkají diagnózy, léčby a ošetřování.
- 4.6. Lékařské zákroky mohou být prováděny pouze respektující soukromí každého jednotlivce, Nesmí dojít k zásahu do pacientova soukromého a rodinného života, ledaže by zásah s pacientovým souhlasem byl shledán jako nutný kvůli pacientově diagnóze, léčbě a ošetřování.
- 4.7. Lékařské zákroky mohou být prováděny pouze v přítomnosti těch osob, které jsou pro zákrok potřebné, pokud pacient nesvolí nebo nepožaduje jinak.
- 4.8. Pacienti přijatí do zdravotnických zařízení mají právo očekávat vybavenost, která jim zajistí soukromí, zejména když se poskytuje individuální péče, provádějí vyšetření nebo zákroky.

Příloha č. 4

Etický kodex práv pacientů

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.
5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na vyšetření přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby, jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.
10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.
11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná dnem 25. Února 1992.

Etický kodex Práva pacientů navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky.

Příloha č. 5

Deklarace lidských práv a duševního zdraví

Deklarace vychází z Luxorské deklarace, schválena byla Radou ředitelů Světové federace pro duševní zdraví 20. srpna 1989 na Světovém kongresu o duševním zdraví v Aucklandu na Novém Zélandu.

PREAMBULE

Protože

základní dokument Světové federace pro duševní zdraví z r. 1948 nazvaný "duševní zdraví a světové občanství" považuje duševní zdraví za "poučenou, promyšlenou a odpovědnou oddanost lidstvu jako celku" vybudovanou na "svobodném souhlasu... a úctě k individuálním a společenským rozdílům;"

Protože

osoby, veřejně označené za duševně nemocné, odborně diagnostikované jako duševně nemocné, léčené jako duševně nemocné a považované za duševně nemocné, nebo osoby trpící emočními problémy, podle slov Všeobecné deklarace lidských práv, vyhlášené Spojenými národy v r. 1948, sdílejí "neodmyslitelnou důstojnost", "stejná a nezadatelná práva jako všichni členové lidské rodiny" a podle slov základního dokumentu Světové federace pro duševní zdraví z r. 1948 také "společnou humanitu" osob všude na světě;

Protože

Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako "stav úplné tělesné, duševní, sociální a mravní pohody, a nikoli jako pouhou nepřítomnost choroby nebo slabosti;"

Protože

diagnóza duševní nemoci stanovená praktikujícími psychiatry má být v souladu s přijatými lékařskými, vědeckými a etickými normami; obtíže při adaptaci na morální, sociální, politické a jiné hodnoty nemají být samy o sobě považovány za duševní nemoc; a přesto někdy byly a stále jsou tyto osoby označovány za duševně nemocné, diagnostikovány jako duševně nemocní, léčeny jako duševně nemocní a považovány za duševně nemocné;

Protože

závažné duševní nemoci zhoršují nejen schopnost jedince pracovat, milovat a hrát si, ale zhoršují také život celé rodiny a společnosti a pro společnost jsou stálou zátěží;

Protože

Světová federace pro duševní zdraví potvrdila princip uživatelského a konzumentského zapojení do plánování, provádění a řízení služeb pro duševní zdraví;

Protože

Světová federace pro duševní zdraví potvrzuje základní práva a svobody vytyčené ve Všeobecné deklaraci lidských práv Spojenými národy v r. 1948 a následné dokumenty lidských práv;

Protože

Světová federace pro duševní zdraví uznává tyto principy, k uskutečnění těchto principů by potřebovala znát charakteristické rysy společenských, ekonomických, sociálních, duchovních a jiných problémů jednotlivých typů společnosti, mají být pro všechny časy dodržovány minimální, základní normy lidských práv, jež přesahují limity politických a společenských seskupení;

Proto

Světová federace pro duševní zdraví vyhláší tuto deklaraci:

Článek 1

Podpora duševního zdraví je odpovědností vládních a nevládních organizací i mezivládního systému, zejména v dobách krize. Chtějí-li programy pro zdraví držet krok s definicí zdraví stanovenou Světovou zdravotnickou organizací ("stav plné tělesné, duševní, sociální a mravní pohody a nikoli pouze nepřítomnost choroby nebo slabosti") a chtějí-li uznávat zájem Světové federace pro duševní zdraví na optimálním fungování, musejí přispívat k vývoji jedince a k odpovědnosti rodiny za osobní a skupinové zdraví, i k propagaci nejvyšší možné kvality života.

Článek 2

Prevence duševního nebo emočního strádání je základní složkou jakéhokoli systému služeb pro duševní zdraví. Vzdělávání v tomto ohledu se musí rozšířit na všechny, kdo poskytují péči o zdraví, i na veřejnost. Preventivní snahy se musejí rozšířit i za hranice systému péče o duševní zdraví, aby byly poskytovány optimální podmínky pro vývoj, počínaje rodinným poradenstvím a prenatální a perinatální péčí, přes prevenci v průběhu celého životního cyklu spolu s adekvátní všeobecnou péčí o zdraví, příležitostí ke vzdělání, zaměstnání a spolu se sociálním zabezpečením. Nejvyšší prioritu má mít výzkum prevence duševního zdraví.

Článek 3

Prevence duševních nemocí a péče o ty, kteří duševní nemoci, trpí vyžaduje kooperaci vládních a nevládních zdravotnických, vědeckých a sociálních systémů, vzdělávacích institucí

- zvláště univerzit -, vyžaduje uznání iniciativ mezivládního systému, kooperaci činnosti a podporu výzkumu stejně jako diagnostických a léčebných možností na národní, státní a lokální úrovni. Toto vše má zahrnovat i podporu a posilování společenského vlivu, účast dobrovolných sdružení duševního zdraví, uznání a podporu spotřebitelských a svépomocných skupin a podporu spolupráce mezi různými odborníky, dobrovolníky a spotřebitelskými skupinami.

Článek 4

Základní práva osob, které jsou označeny za duševně nemocné, odborně diagnostikovány jako duševně nemocné, léčeny jako duševně nemocné a považovány za duševně nemocné nebo trpící emočními problémy, jsou stejná jako práva všech ostatních občanů. Tato práva zahrnují právo na důstojnou, lidskou a kvalifikovanou léčbu, na přístup k lékařsky, psychologicky nebo sociálně indikované technice a na osvobození od nespravedlivého donucování; právo na osvobození od diskriminace, pokud jde o nespravedlnost v přístupu k terapii nebo o nespravedlivé omezování skupin socioekonomické, společenské, etnické, rasové, náboženské, pohlavní a sexuální orientace či o omezování věkové skupiny; právo každé osoby na přiměřené informace o svém klinickém stavu; právo na soukromí a důvěru; právo na ochranu osobního vlastnictví; právo nebýt duševně nebo tělesně zneužíván; právo na osvobození od odborného i neodborného odmítání a zavrhování, a naproti tomu právo na léčbu včetně hospitalizace se zárukami přijatelného lékařského, etického a legálního odborného vyjádření; a u nedobrovolných pacientů právo na nezáužaté zastupování, přezkoumání a odvolání.

Článek 5

Všechny duševně nemocné osoby mají právo být léčeny za stejných odborných a etických podmínek jako ostatní nemocné osoby. V tom musejí být zahrnuty snahy o podporu nejvyššího stupně sebeurčení a osobní odpovědnosti. Léčba musí být uskutečňována v prostředí akceptovaném společností, nejméně zasahujícím způsobem a za co nejméně omezujících podmínek. Léčba má být uskutečňována v nejlepším zájmu pacienta, nikoli v zájmu rodiny, společnosti, odborníků nebo státu. Léčení osob, jejichž schopnost zvládat sebe byla nemocí zhoršena, má zahrnovat psychosociální rehabilitaci zacílenou na obnovu dovedností důležitých pro život; v úvahu musejí být vzaty jejich potřeby bydlení, zaměstnání, přepravy, důchodu, informací a trvalé péče po propuštění z nemocnice.

Článek 6

Všechny populace zahrnují zranitelné skupiny se zvláštním rizikem duševních poruch. Zahrnují oběti společnosti a jiného násilí, kolektivního zneužívání, mobilitu (emigranti, uprchlíci), věk (kojenci, děti a staří lidé), menšiny (etnické, rasové, socioekonomické), ztrátu

občanských práv (vojáci, vězňové) a zdravotní stav. Životní krize, jako úmrtí blízké osoby, rozpad rodiny, nezaměstnanost, také vystavují osoby riziku, a členové takových skupin vyžadují zvláštní preventivní, ale i terapeutickou pozornost a péči o ochranu jejich zdraví a lidských práv.

Článek 7

Spolupráce mezi sektory je základem ochrany lidských a zákonných práv těch, kdo jsou nebo byli duševně nemocní anebo jim hrozí riziko duševní nemoci. Veřejné instituce musejí také uznat povinnost reagovat na velké sociální problémy vztahující se k duševnímu zdraví a na dopady katastrof na duševní zdraví. Veřejná odpovědnost má zahrnovat zajištění specializovaných služeb pro duševní zdraví, kdekoli je to možné, v souvislosti s možnostmi primární péče a zajištění veřejného vzdělávání, pokud jde o duševní zdraví, duševní nemoci a způsoby, jak je zvládat.

Článek 8

Nic z požadavků/doporučení v této deklaraci obsažených nesmí být interpretováno tak, aby to některému státu, některé skupině nebo osobě dávalo právo domnívat se nebo udělat něco, co by vedlo k porušení kteréhokoli práva a kterékoli svobody zde uvedených.

Příloha č. 6

Maastrichtský anamnestický a poradenský postup

Lékař má umět

I. Objasnit důvod pacientovy návštěvy

- 1) Dotázat se na důvod návštěvy.
- 2) Vyjádřit svou emocionální účast ve vztahu ke stížnosti nebo problému.
- 3) Požádat pacienta, aby blíže objasnil svůj problém a jeho vliv na současný stav.
- 4) Zeptat se pacienta, jaký má názor na příčiny problému.
- 5) Zeptat se, jakým způsobem byly pacientovy stížnosti probrány v rodině, nebo v nejbližším sociálním okolí.
- 6) Zeptat se pacienta, jak si představuje požadované zlepšení.
- 7) Zeptat se pacienta, zda se snažil problém řešit sám a jak.
- 8) Zeptat se pacienta, jak problém či potíže ovlivňují jeho každodenní život.

II. Shromáždit anamnestické údaje

- 9) Požádat pacienta, aby popsal své potíže.
- 10) Ptát se na intenzitu příznaků.
- 11) Ptát se na lokalizaci potíží.
- 12) Ptát se na to, kam se příznaky šíří, či kam vyzařují.
- 13) Ptát se na průběh potíží během dne.
- 14) Ptát se na časový průběh od samotného počátku, kdy se příznaky objevily.
- 15) Ptát se na okolnosti, které potíže vyvolávají.
- 16) Ptát se na faktory a situace, jež potíže zhoršují.
- 17) Ptát se na faktory, jež obtíže udržují.
- 18) Ptát se na faktory, jež obtíže zmírňují, nebo odstraňují.
- 19) Ptát se na to, které životní okolnosti se k potížím váží.
- 20) Prozkoumat, zda potíže přinášejí nějaký zisk.
- 21) Objasnit jak somatické, tak psychosociální determinanty potíží.
- 22) Prozkoumat kvalitu vztahů v rodině/nejbližším okolí pacienta
- 23) Zjistit úroveň pacientovy profesionální funkční zdatnosti.
- 24) Zjistit úroveň pacientovy funkční zdatnosti ve volném čase a při rekreačních aktivitách.

- 25) Zjistit rizikové momenty a vulnerabilitu v předchorobí.
- 26) Ptát se na psychické problémy a poruchy v předchorobí.
- 27) Ptát se na předchozí léčbu a její výsledky.
- 28) Ptát se na souběžné léčebné postupy a konzultace s odborníky jiných oborů.
- 29) Ptát se na užívání resp. zneužívání léků a dalších látek.
- 30) Ptát se na rodinnou anamnesu a familiární aspekty potíží.
- 31) Systematicky shrnout všechny podstatné údaje týkající se potíží a příznaků.

III. Navrhnout řešení

- 32) Vysvětlit srozumitelně podstatu problému či diagnózy.
- 33) Vysvětlit příčiny potíží.
- 34) Poskytnout informaci o prognóze potíží.
- 35) Zjistit pacientova očekávání ve vztahu k řešení problému.
- 36) Navrhnout řešení.
- 37) Vysvětlit, že doporučené řešení je přiměřené problému.
- 38) Diskutovat klady a zápory doporučeného řešení.
- 39) Zjistit, zda pacient nemá odlišný názor na problém a jeho řešení a diskutovat o všech rozdílných názorech.
- 40) Zeptat se, zda pacient bude spolupracovat.
- 41) Vysvětlit konkrétně, jak budou doporučení realizována.
- 42) Zkontrolovat, zda pacient porozuměl navrženému doporučení.
- 43) Dohodnout kontrolní vyšetření.

IV. strukturovat rozhovor

- 44) Představit se a vysvětlit svou roli a vztah k pacientovi hned na začátku rozhovoru.
- 45) Vymežit program rozhovoru a konzultace.
- 46) Udělat závěry týkající se důvodu vzájemného setkání.
- 47) Udělat závěry týkající se anamnézy a umět zdůraznit významné údaje z této oblasti.
- 48) Zjistit důvod pacientovy návštěvy před získáním anamnézy.
- 49) Shrnout poznatky týkající se důvodu návštěvy a významných dat z anamnézy ještě před poskytnutím návrhu řešení.
- 50) Začít svá doporučení vysvětlením podstaty problému.
- 51) Zeptat se na konci sezení, zda pacientovy podstatné problémy byly dostatečně probrány.

V. Zvládnout dovednosti mezilidského vztahu

- 52) Umět povzbudit vzájemnou komunikaci.
- 53) Přiměřeně emočně reagovat.
- 54) Umět reagovat na emoční projevy, adresované lékaři.
- 55) Zeptat se pacienta na jeho pocity během rozhovoru.
- 56) Umět v případě potřeby použít metakomunikační prvky.
- 57) Zvládnout systém získávání anamnézy a jejího shrnutí.
- 58) Umět navodit u pacienta stav/pocit uvolnění, když je třeba.
- 59) Dát a udržet přiměřené tempo rozhovoru.
- 60) Umět sladit své neverbální projevy se slovním projevem.
- 61) Umět udržet oční kontakt s pacientem.

VI. Zvládnout komunikační dovednosti

- 62) Užívat správně cílení – „problém uzavírající“ – otázky.
- 63) Konkretizovat problém v pravou chvíli.
- 64) Umět udělat krátká a výstižná shrnutí probrané tematiky.
- 65) Poskytovat informace po malých dávkách.
- 66) Kontrolovat, zda pacient porozuměl informaci.
- 67) Jestliže je to nezbytné, umět konfrontovat problém.
- 68) Komunikovat srozumitelně.